Rok XXXIV. Kraków 13. Kwietnia 1895 r. Nr. 15.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 5. Telefonu Nr. 195.

Administracya: Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 26.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i innych krajach pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180. Avenue Street.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Z zakładu higienicznego w Krakowie.

Spostrzeżenia nad zarazkiem błonicy. Wytwarzanie toksyn. Otrzymywanie surowicy przeciwbłoniczej w Krakowie.

Podał

O. BUJWID.

W Krakowie i okolicach błonica jest chorobą dosyć rozpowszechnioną. Mianowicie częste przypadki spostrzegać się dają na wiosnę i w jesieni, jakkolwiek i zima jest również porą dosyć sprzyjającą jej rozwojowi. To też od początku urządzenia zakładu higienicznego w roku 1894 podjęliśmy próby nad zarazkiem, korzystając mianowicie z materyału, jaki mieliśmy łaskawie nam ofiarowany do użytku przez prof. Jakubowskiego. Jednym z pierwszych lekarzy w Krakowie, którzy się zajęli tą kwestyą, był kol. Kaden, który pracował ze mną głównie nad morfologią zarazka; następnie kol. Nowak korzystając z materyału sekcyjnego z zakładu prof. Browicza, pracował nad wykryciem zarazka w krwi, co mu się udało i posłużyło za materyał do bardzo ciekawego studyum. Kol. Słapa po zbadaniu za granicą wyników stósowania nowej metody leczenia, pracował nad rozpoznaniem dyfteryi za pomocą hodowli zarazka i pierwszy w Krakowie zastosował surowicę Behringa. Kol. Raczyński zajął się kwestyą jadowitości różnego pochodzenia zarazków. W ogóle materyał staraliśmy się zużytkować o ile możności wszechstronnie i badania rozpoczęte są ciągle dalej prowadzone.

Zarazek typowej błonicy prawie bez wyjątku udaje się wykazać w błonie. Tutaj jest on zwykle bardzo podobny do bakteryj gruźliczych, nieraz do tego stopnia, że trudno by go odróżnić, gdyby nie właściwość zabarwienia. W błonicy następowej, jaka bywa w szkarlatynie, nie znajdowaliśmy bakteryj Löfflera.

Od początku można było dostrzedz, że hodowle zarazków różnego pochodzenia odznaczają się różną jadowitością. Jedne z nich zabijały świnkę morską i królika już w bardzo małych dawkach; mieliśmy trzykrotnie zarazki, których 0·01 cm.^{3} trzydniowej hodowli bulionowej zabijała świnkę po 36—48 godzinach, inne znów nawet w ilości 0·1 na świnkę zabójczo nie działały. Działo się to pomimo przestrzegania, o ile się dało, jednostajności hodowli. Niekiedy hodowle na pozór słabiej rozwinięte były silniejsze od rozrośniętych mocno, najczęściej jednak bywało odwrotnie.

Sposób ten, powszechnie przyjęty do próbowania jadowitości zarazka, nie jest wolny od zarzutu. Dlatego to w przyszłości określać będziemy jadowitość ilością toksyn wytworzonych przez różnego pochodzenia zarazki w ciągu jednakowego okresu czasu.

Dostrzedz było można również, że hodowle zarazka najlepiej się rozwijają w ciepłotach nieprzekraczających 37° i nie niższych od 33—34°. W tej ciepłocie również pojawiały się mniej liczne formy inwolucyjne gruszkowate i poprzerywane. Nie mogliśmy jednak dotąd przekonać się o wybitnych różnicach i zależności siły zarazka od mniejszej lub większej długości laseczki, jak chcą niektórzy badacze. Mieliśmy i obecnie mamy zarazek, który z początku rośnie zawsze w postaci dosyć krótkich laseczek a jednak jest bardzo jadowity. Po 24—48 godzinach zwykle bakterye są dosyć jednostajne; później spostrzegamy zwykle laseczki krótsze i dłuższe, cieńsze i grubsze, zwykle z końcami rozszerzonymi, nieraz olbrzymio rozdętymi tak, iż laseczka przybiera wielkość i postać kolby promienicy, do której też niekiedy jest łudząco podobną. W hodowli agarowej wzmiankowane formy inwolucyjne pojawiają się częściej i prędzej występują.

Rozpoznanie za pomocą hodowli zwykle nie przedstawia trudności. Bardzo dobre wyniki daje powszechnie zalecona metoda hodowania na skrzepłej surowicy krwi wołowej zmięszanej z bulionem w stosunku 4:1 z dodatkiem 1% cukru gronowego. Sposób ten podany przez Löfflera i Rouxa daje najlepsze wyniki, gdy chodzi o rozpoznanie błonicy. Przytoczyć jednak trzeba, że o ile łatwiej jest spostrzedz na tem podłożu powstające kolonie prątków błoniczych, o tyle trudniej rozpoznać inne, mianowicie paciorkowce. Dlatego to w celu odróżnienia od siebie znajdowanych w hodowli pasorzytów najczęściej z kol. Raczyńskim używamy agaru przygotowanego z surowicą. Jest to, zdaniem mojem, jeden z najlepszych gruntów do hodowania bakteryj błonicy, gruźlicy i gonokoka; przyrządzam go mięszając 3 części gotowego, jeszcze nie przesączonego agaru z 1 częścią surowicy krwi wołowej na ciepło i ogrzewając mięszaninę na kąpieli wodnej [1]). Po skrzepnięciu zupełnem surowicy dodaje się 4% gliceryny i 1% cukru.

Bakterye błonicze rosną na surowicy w postaci dużych szarobiaławych wypukłych kropel; na surowiczym agarze w postaci podobnych acz nieco mniejszych kolonij. Zwykle już po 24 godzinach hodowania w termostacie w ciepłocie 36° wzrost jest zupełnie widoczny.

Zdjęte za pomocą drucika zakrzywionego oddzielne kolonie, badane pod mikroskopem po zabarwieniu za pomocą zwykłych barwników: wodnowyskokowej fuksyny lub błękitu nie mają tych form, jakie przedstawiają w błonach; najczęściej są one prostsze i grubsze i tylko wyraźnie zaokrąglone, niekiedy gruszkowato wzdęte końce myśl podobieństwa nasuwają. Często wyrastają one znacznie drobniejsze i krótsze; gdy zaś są dłuższe, wówczas zwykle występują i formy inwolucyjne, gruszkowato rozdęte. Dzieje się to najczęściej w późniejszych okresach hodowania po 3 lub 4 dniach, lub w wyższej ciepłocie albo przy wyczerpaniu gleby z środków odżywczych. Już z początku dostrzedz można poprzeczny podział bakteryj na dzwonka z ostro obciętymi brzegami, skutkiem czego bakterya błonicza przypomina niekiedy kształtem gąsienicę lub stonoga. Segmentacya taka rzadko bywa mocniej wyrażona w świeżych hodowlach i w błonach, jakkolwiek w nieznacznym stopniu i tutaj spostrzegać się daje.

Niektórzy badacze są zdania, że bakterye błonicze nie dają się zabarwić metodą Grama. Co do mnie przy barwieniu w mocnym rozczynie gencyanowego fioletu z wodą anilinową (5—10 minut na gorąco), otrzymywałem po następnem odbarwieniu jodowym rozczynem przez $^1/_2$ minuty i wyskokiem bardzo wyraźne, ciemno-fiołkowe, prawie czarne zabarwienie, nadające się do fotografii i zwykłego badania.

Starsze hodowle barwią się słabiej i przedstawiają nieraz bardzo duże, prawie niezabarwione odcinki — najlepiej w tych razach są zabarwione końce, najmniej środkowe części laseczki.

[1]) Nawiasowo wspomnę, że zarzuciłem zupełnie przy gotowaniu pożywek naczynia szklane, których używam przeważnie tylko do przechowywania i hodowania. Agar i żelatynę gotuję w blaszanych naczyniach. Naczynie mniejsze z agarem wstawia się do większego wodą nalanego i gotuje się przez stosowny przeciąg czasu. W celu łatwiejszego przygotowania agaru gotuję go z bulionem nie alkalizowanym w ciągu 12 do 20 godzin do utworzenia się wyraźnych kłaczków pływających w płynie przeźroczystym, poczem się płyn alkalizuje i znów przez godzinę gotuje. Filtrowanie odbywa się łatwo i czysto przez bibułę na karbowanym, ogrzewanym lejku.

W razie niemożności natychmiastowego badania za pomocą hodowli, kawałki błon zasuszone można przesyłać do specyalnych pracowni bakteryologicznych, które się takiem badaniem zajmują. Bakterye błonicy zasuszone mogą przetrwać czas bardzo długi, parę miesięcy wynoszący, jak to już w r. 1889. Roux zaznaczył.

W naszych badaniach nad błonicą u dzieci spostrzegaliśmy w błonach obok właściwych bakteryj błoniczych niezwykle często paciorkowce i nie możemy się zgodzić na twierdzenie, iżby obecność paciorkowców stale pogarszała rokowanie. Obecność wielkiej ilości paciorkowców pogarsza niekiedy przebieg a więc i rokowanie, ale w jakim stopniu, tego dotąd orzec nie możemy. Funk [2]) na zasadzie swoich doświadczeń dochodzi do wniosku, że to pogorszenie przebiegu nie zawsze się objawia, co i nasze obserwacye dotychczasowe, zdaje się, potwierdzają.

Podobnie rzecz się ma i z gronkowcami (stafilokoki). Ilość ich niekiedy bywa bardzo znaczna, stanowczego jednak wpływu na przebieg nie mogliśmy spostrzedz. Nie to zresztą dziwnego, wobec okoliczności, że paciorkowce i gronkowce różnego stopnia jadowitości znajdują się w jamie ustnej zdrowych osób. Być może, że ta właśnie niejednostajna jadowitość stanowi o ciężkości przebiegu, który zależeć może od współczesnego rozwoju bakteryj błoniczych obok bardziej jadowitych paciorkowców lub gronkowców.

Swoiste działanie bakteryj błoniczych zależy według spostrzeżeń, które pierwsi podali Roux i Yersin [3]), od właściwego jadu, jaki te bakterye wytwarzają. Zdaniem tych badaczy bakterye błonicze nie dostają się wcale do głębi tkanek ustroju. Nie mogli oni ich też znaleść w krwi zwierząt szczepionych (z rzadkiemi wyjątkami). Jak widać z prac Froscha i doświadczeń Nowaka wspólnie ze mną dokonanych a dotąd jeszcze nie ogłoszonych drukiem, bakterye błonicze w śmiertelnych przypadkach bardzo często znajdywać można w krwi i innych narządach zmarłych dzieci, szczególniej zaś w śledzionie. Bakterye te odznaczają się w ogóle wielką jadowitością.

Według Rouxa jad wydzielany przez bakterye błonicze jest to toksyna a więc materya białkowata rozpuszczalna w wodzie, zbliżona składem do albumozy i peptonu, dająca się acz z pewną trudnością dyalizować przez błony zwierzęce i roślinne. Pod wpływem ogrzania do 60 C° rozkłada się ona stopniowo; własności biologiczne zbliżają ją do enzynów (według Rouxa diastazów) i jak wszystkie tego rodzaju ciała (n. p. toksalbumozy tężca i jad żmij) działanie swe ukazują w niezmiernie drobnych ilościach. Jak mała jest ilość właściwej zabójczej toksalbuminy, widzimy z doświadczeń Rouxa; mocna hodowla bulionowa, zabijająca świnkę morską w ilości $^1/_{10}$ cm.^{3} obliczona na ilość suchej substancyi przedstawia się jako 0.001 grama, odliczając popioły i materye wyciągowe, pozostanie wszystkiej materyi białkowatej 0.00004 (4 setne miligrama), która jeszcze napewno jest większą od rzeczywistej ilości toksyny. Cyfra ta daje nam niejakie wyobrażenie o sile działania tej substancyi.

Toksyny wytwarzają się w hodowlach stopniowo i z początku dla wytworzenia ich w dostatecznej ilości oznaczano czas bardzo długi kilka tygodni i więcej wynoszący. W ostatnich swych pracach [4]) zwraca uwagę Roux, iż można szybciej

[2]) Zeitschrift f. Hygiene. T. 17.
[3]) Annales de l' Instit. Pasteur. 1888, 1889, 1890.
[4]) Annales Pasteur. Nr. 9. 1894.

otrzymać toksyny przepuszczając ponad warstwą hodowli powietrze. Aronson na Zjeździe lekarzy w Wiedniu [5]) oświadczył, że otrzymał dobre wyniki hodując bakterye błonicze na powierzchni bulionu. Otrzymanie takich hodowli wymaga zachowania pewnych ostrożności.

W swoich doświadczeniach silne toksyny, jakiemi się obecnie posługuję, otrzymałem z jednego z zarazków wydzielonych z błony dziecka zmarłego na błonicę w Krakowie. Hodowlę przeprowadziłem w sposób opisany przez siebie w r. 1892 dla otrzymania hodowli bakteryj gruźliczych, które również najlepiej rosną na powierzchni i wówczas najprędzej toksyny wydzielają. (Ciąg dalszy nastąpi).

II. Przypadek gruczolaka gruczołów Krausego.

Napisał

Dr. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

Przed ośmiu laty dokonałem wyłuszczenia gałki ocznej u 9-letniej dziewczyny z powodu znacznej wielkości garbiaku lewego oka, który zaczął powstawać jeszcze w wieku niemowlęcym. prawdopodobnie po ropnem zapaleniu. Gojenie nastąpiło najzupełniej prawidłowo, oko sztuczne dało się bardzo dobrze zastosować. W końcu września r. z. chora zgłosiła się do mnie z powodu, że noszenie oka sztucznego już od roku coraz trudniejszem było, od wiosny zaś wcale niemożliwem. Badanie oczodołu wykazało: Połowa wewnętrzna jamy zupełnie swobodna, w zewnętrznej zaś znajdował się utwór jajowaty, barwy blado-różowej, przy dotknięciu dość twardy. Długość jego wynosiła 3 cm., szerokość 1 5 cm., grubość 1 cm. Kierunek miał od kąta zewnętrznego i od góry ku dołowi i cokolwiek ku wewnątrz, szerszą stroną skierowany był ku górze i tu łączył się na przestrzeni wynoszącej 1 cm. z zewnętrzną połową górnego załamka spojówki, pomiędzy zaś brzegiem zewnętrznym narośli a kątem zewnętrznym oka pozostawała przerwa również cały prawie 1 cm. szeroka. Ku dołowi i ku wewnątrz nowotwór zwężał się stopniowo i przyczepiał do dolnego załamka prawie w samym jego środku za pomocą szypułki jeden tylko milimetr grubości mającej. W tych więc tylko dwóch miejscach łączył się on ze spojówką, gdyż wszędzie dokoła najswobodniej oprowadzić mogłem sondę.

Badanie brzegów oczodołu dowiodło, że gruczoł łzowy żadnym zmianom nie uległ, wypadło więc rozpoznać w danym przypadku nowotwór powstały ze skupień gruczołów Krausego (dodatkowych gruczołów łzowych Henlego).

Najdokładniejszy opis t. zw. gruczołów gronowych Krausego podał Wolfring w pracy ogłoszonej naprzód w *Gazecie lekarskiej* (1872), następnie w *Centralblatt f. d. med. Wissensch.* (1872, Nr. 54) i najobszerniej w osobnym dodatku do *Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde* za rok 1874. Słuszność wypowiedzianych przez autora poglądów potwierdzić mogę aż do szczegółów najdrobniejszych a żałować chyba wypada, że dotąd we wszystkich podręcznikach opisy gruczołów śluzowych gronowych spojówki wielką grzeszą niedokładnością. Otóż Wolfring udowodnił, że gruczoły gronowe obok górnego brzegu chrząstki powiekowej w istocie jej własnej zawarte i opisane dokładniej przez Kleina, w podręczniku przez Strickera wydanym *(Handb. d. Lehre v. d. Geweben etc.)*, jakoteż gruczoły gronowe przez Sappeya, Krausego i Henlego w obrębie załamka opisane są ze względu na budowę i przeznaczenie najzupełniej identyczne. Najwłaściwiej przeto nazywać je gruczołami gronowymi Krausego. Co do topografii gruczołów, to zachodzi okoliczność, że gruczoły gronowe w samej chrząstce zawarte, położone są w wewnętrznej (nosowej) połowie powiek, gruczoły zaś w załamku znajdują się wyłącznie w skroniowej (zewnętrznej) połowie powiek. Podziału na obie grupy w górnej powiece uskutecznia ścięgno dźwigacza powieki, mianowicie gruczoły wewnętrznej połowy pozostają w istocie chrząstki, względnie pomiędzy ścięgnem mięśnia a spojówką, gruczoły zaś części zewnętrznej położone są ku zewnątrz od ścięgna. Dodać muszę, że ścięgno to, jakkolwiek rozgałęzia się wzdłuż całego brzegu oczodołowego chrząstki, jednakże włókna jego ściślej są ze sobą połączone tylko w części środkowej, w kierunku zaś ku brzegom są one ułożone o wiele luźniej, nadto zawierają tu znacznie mniej włókien mięsnych, ścięgno więc łatwo bardzo ustąpić może pod naciskiem rozrastającego się nad niem nowotworu, zwłaszcza w razie, jeśli, jak w naszym przypadku, gałka była poprzednio wyłuszczoną. Rozrost ku dołowi był najłatwiejszy, nowotwór przeto powstały z gruczołów gronowych, położonych w obrębie załamka zewnętrznej połowy górnej powieki, mógł wyrastać do jamy oczodołowej w kształcie n. p. języka. Zrost nowotworu z dolnym załamkiem powstał najpodobniej do prawdy z powodu, że chora przez dłuższy czas nosiła oko sztuczne o brzegu wyszczerbionym, mianowicie w miejscu położonem bezpośrednio obok dolnego zrostu; w miejscu tem znalazłem w spojówce znaczną zgrubiałość, w postaci grzebienia, prawie 1 cm. długiego, która brzegowi owemu najzupełniej odpowiadała. Chora oznajmiła nadto, że przed rokiem przeszło, gdy wkładanie oka było jeszcze możliwem, dość często pokazywała się krew. Przypuszczam, że właśnie wkładając wyszczerbione oko sztuczne, chora raniła jednocześnie brzeg dolny powstałego nowotworu i dolny załamek a wynikiem tego był następnie zrost obu zranionych powierzchni.

Powolny rozwój nowotworu, wejrzenie jego, zupełny brak obrzmienia gruczołów limfatycznych, przemawiały za jego łagodnością. Mimo to jednak wyciąłem oba miejsca przytwierdzenia nowotworu do spojówki jak najgłębiej w obrębie tkanki otaczającej, do górnej rany zastosowałem dwa szwy, do dolnej jeden, które usunąłem po upływie dwóch dni. Wyciąłem też cząstkę grzebienia w dolnym załamku spojówki powstałego. Gojenie odbyło się najzupełniej prawidłowo.

Wycięte części opracowałem płynem Flemminga, poczem przeniosłem je do wyskoku. W cząstce wyciętej z grzebienia znalazłem li tylko zbitą tkankę łączną. Na cięciu wykonanem przez środek narośli spostrzegamy dwa lub trzy ciemniejsze pola, przedzielone grubemi pasemkami włóknistej tkanki łącznej, dość liczne naczynia zawierającej. Pola zajmują zwykle dwie trzecie lub nawet trzy czwarte górne części preparatu, pozostała część dolna składa się li tylko z włóknistej tkanki łącznej nieróżniącej się co do budowy w niczem od tkanki przegródek. Pola górnej części preparatu okazywały już przy słabem powiększeniu tkankę gruczołową, której zraziki oddzielały od siebie dość grube (grubości prawie samych zra-

[5]) Por. opis przez Bączkiewicza. Gazeta lek. Nr. 51. 1894.

zików) pasemka włóknistej tkanki łącznej. W obrębie każdego pola zraziki tworzyły znów większe grupy, które oddzielały od siebie grubsze znacznie pasemka tkanki łącznej. Zraziki tkanki gruczołowej miały kształt prawie zawsze okrągły, składały się z komórek walcowatych, które były ułożone nakształt promieni. Grubsze części komórek były skierowane zawsze ku obwodowi, cieńsze ku środkowi. Jądra komórek znajdowały się zawsze w grubszej ich części i były położone prawie obok samego obwodu. Komórki wypełniały zwykle zupełnie zraziki, nie pozostawiając wcale światła w środku. Jednakże w częściach preparatu najbardziej ku górze i ku dołowi posuniętych napotykaliśmy często utwory zupełnie odmienne. Były to pęcherzyki o dość znacznej średnicy (niekiedy do 0·2 mm.), kształtu często nieprawidłowego, wysłane jednowarstwowym sześciennym przybłonkiem. Treść pęcherzyków przedstawiała się włóknistą, co pochodziło prawdopodobnie wskutek działania odczynników. Oczywiście mieliśmy tu utwory torbielowate; w górnej części preparatów spostrzegłem parę razy połączenie tych utworów z prawidłowymi przewodami gruczołów. Nowotwór wypada więc określić jako gruczolak torbielowaty włóknisty gruczołów Krausego.

Wspomniałem już wyżej, że na prawidłową anatomię gruczołów Krausego zbyt mało zwracano dotąd uwagi. To samo powiedzieć możemy o anatomii patologicznej, względnie o onkologii gruczołów. Dotychczas mamy ledwo parę opisów nowotworów z tych gruczołów powstałych. Fuchs w swej pracy *Ueber das Chalazion und einige seltenere Lidgeschwülste (Arch. f. Ophthalm.* XXIV. 2.), opisał pod nazwą raka gruczołowego powieki nowotwór mający 1 centym. wielkości a z chrząstką zrośnięty (wywiady i wiek chorego nieznane). Podścielisko składało się z włóknistej tkanki łącznej i z tkanki włóknistej i szklistej chrząstek i zawierało worki komórek przybłonkowych, które niekiedy przypominały resztki gruczołów. Fuchs przypuszcza, iż rak powstał w tym przypadku z gruczołów Meiboma, lub też z części chrząstkowej gruczołów Krausego. Aievoli (1887 r.) opisał przypadek oblaka „dodatkowych gruczołów łzawych“ streszczenia nigdzie nie znalazłem. Moauro *(Riv. internaz. di medicina e chirurgia* 1887) opisał przypadek nowotworu powstałego z gruczołów Krausego. Ze sprawozdania w *Centralbl. f. prakt. Augenheilk.* tyle tylko dowiedziałem się, że była to mała narośl dolnej powieki, która, zdaniem autora, powstać miała z gruczołów gronowych. Walssere w pracy mej: „Przyczynek do onkologii powiek“ *(Przegląd lekarski* 1890. Nr. 27., 28., 29.) opisałem przypadek gruczolaka gruczołów Krausego górnej prawej powieki, powstałego u 34-letniego mężczyzny w części gruczołów pozachrząstkowej. Nowotwór składał się z dwóch tkanek: z pól, tkanki gruczołowej (zrazików) i przegródek (tkanki międzyzrazikowej) z typowej tkanki ziarninowej. W górnej części nowotworu miała przewagę tkanka gruczołowa, w dolnej zaś tkanka ziarninowa.

W obu więc moich przypadkach nowotworów powstałych z gruczołów Krausego, mieliśmy gruczolaki, właściwie w pierwszym gruczolak ziarninowy (*Adeno granuloma*), w drugim zaś torbielowaty gruczolak włóknisty (*Fibro-adenoma cystoideum*).

III. O zmianach w nerwach obwodowych zależnych od miażdżycy tętnic.

(Według wykładu na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego dnia 6. Lutego 1895 r.).

Podał

Prof. Dr. Gluziński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 14).

Były jednak wskazówki, które skłaniały nie zadowolnić się przyjęciem zmian w samych naczyniach, lecz kazały szukać przyczyny w układzie nerwowym, mianowicie w rozwijającej się *neuritis n. tibialis, peronei* a prawdopodobnie i *ischiadici.* Za tem pojmowaniem rzeczy przemawiały bolesność wzdłuż nerwów, szybko rozwijający się zanik w pewnych grupach mięśniowych (badania prądem elektrycznym przeprowadzić nie mogłem z przyczyn nie odemnie zawisłych) i sam rodzaj owrzodzenia, który tak usadowieniem jak zajęciem tylko skóry, sposobem powstawania, więcej przemawiał za zmianą odżywczą w cierpieniach układu nerwowego powstającą, aniżeli za gangreną wskutek zmian naczyniowych powstałą. Rozbiór tej zmiany jak i znaczenia gwałtownych bólów, które głównie skłoniły do amputacyi poniżej kolana, pozostawiam sobie na później.

Temi myślami kierowany, będąc obecny przy operacyi, poprosiłem Prof. Rydygiera o wycięcie z części amputowanej po kawałku *n. tibialis* i *peronei* dla zbadania mikroskopowego. Dodać muszę, że tak *art. tibialis antica,* jak i *postica* były silnie ateromatycznie zmienione, jednak drożne tak, że po zdjęciu opaski Esmarcha niektóre tętnice małe niepodwiązane strzykały.

Dla uzupełnienia historyi choroby przytaczam, że pacyent w kilka tygodni podniósł się, bólów nie doznawał z wyjątkiem nieznacznych wzdłuż *n. ischiadicus,* z pomocą protezy dobrze chodził, oddawał się zwykłemu zajęciu tak w domu, jak i po za domem, nagle jednak w 5 miesięcy po operacyi po dobrym obiedzie życie zakończył wśród objawów *anginae pectoris.* Sekcyi wykonać nie można było. Badania mikroskopowe, jakie dokonałem na kawałkach wyciętych nerwów stwardnionych częściowo w płynie Müllera częściowo w płynie Fleminga barwiąc karminem, sposobem Weigerta i Pala wykazały, jak to widać na preparatach, zmiany następujące:

Na przekrojach poprzecznych *perineurium* mocno zgrubiałe, od którego idą szerokie pasma tkanki łącznej zbitej pomiędzy pęczki nerwowe otoczką grubą z tkanki łącznej złożoną okolone. Same włókna nerwowe, jedne dobrze utrzymane, inne przedstawiające obraz zwyrodnienia Wallera, inne wreszcie zupełnie zanikłe tak, że w niektórych pęczkach zaledwie z nich ślady pozostały a miejsce ich zajęła tkanka łączna. Stopień zmian w samych włóknach nerwowych widać szczególnie dobrze na przekrojach podłużnych i na rozdrobnionym preparacie ze świeżego nerwu a traktowanych kwasem nadosmowym. Tętnice w *perineurium* i *endoneurium,* jak również wewnątrz pęczków nerwowych położone mocno miażdżycowo zmienione a niektóre z nich zupełnie niedrożne.

Między pęczkami, jak również na obwodzie dość znacznie rozwinięta tkanka tłuszczowa, więcej niż w stanie prawidłowym, tak w niej jak i wśród tkanki łącznej dość liczne krwotoki. Zmiany te daleko wyraźniejsze w *n. tibialis,* aniżeli w *peroneus.*

Wynik zatem mikroskopowego badania potwierdził w zupełności moje przypuszczenie, obok znacznych zmian miażdżycowych tętnic wykazał *neuritis interstitialis* w badanych nerwach. Tak więc w opisanym przypadku u człowieka dotkniętego znacznego stopnia miażdżycą tętnic, wystąpiły w przeciągu roku objawy *neuritis* w zakresie *n. radialis sinistri*, *n. peronei* i *n. tibialis dextri*, nie mówiąc naturalnie o innych nerwach, w których zmiany anatomiczne mogły istnieć, nie byłem jednak w możności, wobec braku sekcyi, takowych zbadać a kliniczne obrazu nie dawały.

Zastanawiając się nad obrazem klinicznym a w związku z tem nad etyologią danego przypadku „wielokrotnej *neuritis*", wykluczywszy inne przyczyny, jak *n. infectiosa*, *n. toxica* (alkoholowa w tym przypadku na podstawie anamnezy i obrazu klinicznego), trudno mi było zadowolnić się ogólną nazwą *neuritis cachecticorum*, bo „kacheksyi" znacznej nie było w czasie, gdy *neuritis* się rozwijała a z koniecznością zwracał na siebie uwagę fakt jeden, t. j. że u człowieka, u którego poprzednio była widoczna rozległa miażdżyca tętnic ujawniła się *neuritis* w tych miejscach, w których miażdżyca tętnic była najwięcej rozwiniętą. Tętnica sprychowa lewa była więcej pokręconą, twardą, o tętnie mniejszem jak na prawej i mieliśmy też *neuritis n. radialis sin.* tętnica podkolanowa, stopowa prawa, prawie bez tętna i znów *neuritis n. tibialis* i *peronei dextri*. Zejście się tych faktów nasunąć musiało myśl, że albo ta sama przyczyna co miażdżycę wywołała i *neuritis*, albo też opierając się na kolejności faktów, że miażdżyca tętnic pociągła za sobą zmiany w nerwach. W każdym razie nasuwał się z koniecznością związek między miażdżycą tętnic, czy to jako współrzędnem cierpieniem, czy to prawdopodobniejsze jako przyczyną dla *polyneuritis* nie drogą podkopania odżywienia, lecz wprost przez zmiany naczyniowe, jeżeli tam gdzie one były najwyraźniejsze, tam też rozwinęła się *neuritis*.

Dla rozjaśnienia rzeczy przejrzałem dokładnie dotychczasową literaturę i z góry zaznaczam, że jakkolwiek nie bardzo obfita i jasna ale bez znaczenia ona nie jest.

W starszych podręcznikach nie mamy o stosunku miażdżycy tętnic do *neuritis* żadnej wzmianki.

W roku 1887 w pracy Oppenheima i Siemerlinga [8]), rozbierającej stosunek zmian w nerwach obwodowych do *tabes dorsalis*, spotykamy następujące spostrzeżenia:

Spostrzeżenie XXIII. P. Kuhn l. 74. *Dementia senilis*. Bardzo słaba, stara kobieta. Chód bardzo powolny, niepewny. Odruch kolanowy prawidłowy. Źrenice oddziałują. Zapad. Śmierć.

Sekcya: Miażdżyca naczyń. Badano *n. peroneus profundus*. Warstwa, która oddziela *perineurium* od włókien nerwowych, bardzo szeroka i zawiera pojedyncze miażdżycowo zmienione, po części zarosłe naczynia. Jądra znacznie zwiększone. *Endoneurium* rozbujałe. Większa część włókien nerwowych o prawidłowej budowie, między temi grupy zanikających włókien.

Spostrzeżenie XXV. Schneider l. 65. Kilka ataków apoplektycznych, które sprowadziły porażenie po prawej i lewej stronie ciała i objawy opuszkowe. Pacyent ciągle leży w łóżku i popada coraz w większy *marasmus*.

[8]) Beiträge zur Pathologie der Tabes dorsalis und der peripherischen Nervenerkrankungen. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 1887. S. 98.

Sekcya wykazała silną miażdżycę i starsze ogniska apoplektyczne tak w prawej jak i lewej półkuli. Po stwardnieniu były badane. *N. peroneus communis dexter*, *n. cruralis dexter* i *saphenus major*.

Dość znacznie zmieniony okazał się *n. peroneus*, na przekroju zawiera większe grupy zanikłych włókien i powiększenie jąder; naczynia, które na przecięciu się znajdują, miażdżycowo zmienione. *N. cruralis* przedstawia prawie ten sam histologiczny obraz, jednak w mniejszym stopniu. *N. saphenus* prawie nie zmieniony.

Spostrzeżenie XXVII. Walter l. 80. *Hemiplegia dextra et aphasia*. Sekcya: *Marasmus senilis, arteriosclerosis, encephalomalacia flava hemisphaerae sinistrae*. Badany *n. saphenus major* wykazuje bardzo małe degeneracye.

Oto trzy spostrzeżenia, mogące się odnosić do naszego przedmiotu, które Oppenheim i Siemerling, przechodząc kolejno etiologią *neuritis*, pomieszczają pod rubryką: *Inanitio, Marasmus senium*, *Arteriosclerosis* a na str. 517 tak się wyrażają:

Pod nazwą *Inanition, Marasmus senium, Arteriosclerosis*, pomieściliśmy szereg spostrzeżeń, które trudno było rozdzielić ponieważ nieraz u jednego i tego samego osobnika działało równocześnie kilka tych przyczyn.

W znanym podręczniku Strümpella żadnej wzmianki nie znajdujemy. W 4. wydaniu podręcznika Eichhorsta (1891) w t. III. na str. 119. w poruszonej sprawie znajdujemy tylko takie zdanie:

„Według naszego doświadczenia wszelkiego rodzaju chyry *(cachexia)* wytwarzają bezwątpienia skłonność do powstawania *neuritis*, n. p. chyra rakowa, ciężka niedokrewność postępowa, uwiąd starczy, ogólna miażdżyca tętnic i t. d."

Tak więc do roku 1891 stosunek miażdżycy tętnic do *neuritis* był podobny jak każdej innej sprawy, działającej podkopująco na ogólny stan organizmu i tą drogą wywołujący zmiany. O bezpośrednim stosunku mowy nie było w niemieckiej literaturze, nie jasno bowiem również jest wspomniane w kierunku nas obchodzącym o zmianach w nerwach w rozprawie Zaega i Menteuffela [9]) wygłoszonej na zjeździe chirurgów niemieckich w r. 1891. (Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z oddziału dla chorób krtani prof. Pieniążka w szpitalu krajowym św. Łazarza w Krakowie za czas od otwarcia oddziału, t. j. od 7. Czerwca do końca 1894 r.

Podał
Dr. Aleksander Baurowicz,
asystent Uniw. Jagiell., praktykant oddziału.

Potrzeba kliniki laryngologicznej w mieście uniwersyteckiem, dokąd z najodleglejszych części kraju ściągają się chorzy dla szukania pomocy, oddawna uczuwać się dawała. Nieznaczna liczba tych chorych, dzięki gościnności Prof. Dra Obalińskiego, znajdywała pomieszczenie na oddziele chirurgicznym. Tak sprawa ta ciągnęła się przez szeregi lat, aż w końcu Wydział krajowy uznał potrzebę utworzenia osobnego oddziału dla chorób krtani, którego nie posiada w ogóle żaden ze szpitali krajowych. W ten sposób ofiarnością kraju dnia 1. Kwietnia 1894 r., otworzono oddział laryngologiczny, liczący 10 łóżek, dając mu pomieszczenie w suterenach pawilonu chirurgicznego. Niestety, z przyczyny wad technicz-

[9]) Verhandlungen der deutschen Gesellschaft der Chirurgie. II. str. 144. 1891.

nych, zajęcie sal mogło przyjść do skutku dopiero w początkach Czerwca, tak, iż sprawozdanie to z dniem 7. Czerwca 1894 r. zacząć nam dopiero wypada. Na tem miejscu wyrazić musimy publiczne podziękowanie Dyrektorowi Prof. Dr. Stanisławowi Ponikle, którego energii i życzliwości oddział nasz a tem samem i chorzy wiele mają do zawdzięczenia. Pomieszczenie oddziału naszego przy chirurgii było myślą bardzo szczęśliwą, gdyż brak odpowiedniej sali operacyjnej utrudniałoby bardzo pracę na oddziale, głównie na zabiegach chirurgicznych polegającą. Prowadzenie oddziału byłoby zresztą w ogóle niemożebne, gdyby nie pomoc prof. Pieniążka, prymaryusza oddziału, który zasilił oddział ten własnemi narzędziami. Obok stałych chorych, których ruch mimo małych rozmiarów oddziału przecież był dość znaczny, udzielono nadto porady ambulatoryjnie, o czem wspomnę poniżej.

Od 7. Czerwca po koniec roku 1894. oddział nasz liczył 23 mężczyzn i 17 kobiet, czyli razem 40 chorych. Ze względu na częstość przypadków na pierwszem miejscu wymienić należy zwężenia krtani z powodu twardzieli (*scleroma*), których na ogólną liczbę 40 chorych przypada 14. Dalej zwężenia krtani po zapaleniu ochrzęstnej lub z powodu ostrego zapalenia krtani, których razem było przypadków 7, dalej wymienić należy zwężenia z przyczyny kiły trzeciorzędnej 2, gruźlicy 3, wreszcie nowotworów 2. W liczbie tych 28 przypadków wykonano tracheotomię w 22, w których odpowiednio naturze cierpienia stosowano dalsze zabiegi chirurgiczne, rozszerzanie, leczenie ogólne, wreszcie przebieg sprawy chorobowej zostawiano sobie samemu. Z zabiegów chirurgicznych zwrócić mi głównie należy uwagę na laryngofisurę oddającą nam znaczne usługi, w wielu razach rugującą zupełnie metodę dilatacyjną, względnie przychodzącą jej z pomocą. Laryngofisurę wykonano 27 razy u 16 chorych a mianowicie, w zwężeniu krtani z powodu twardzieli 13 razy, u 11 chorych, w zwężeniu po przebytej *perichondritis* 7 razy u 3 chorych, w zwężeniu skutkiem gruźlicy 2 razy w 1 przypadku, w zwężeniu w następstwie kiły trzeciorzędnej 4 razy u 2 chorych, wreszcie w zwężeniu krtani po błonicy 1 raz u 1 chorego. W pozostałej liczbie 6 przypadków zwężenia stósowano leczenie bez tracheotomii a tu należą przypadki gruźlicy krtani i twardzieli. Do liczby 28 przypadków zwężeń krtani dodać muszę 5, które ponownie przyjęte zostały, jużto z powodu pogorszenia się sprawy, jużto ze względu na ostrą postać choroby; w tych przypadkach z powodu braku miejsca, umyślnie wypisywano chorych ze szpitala z poleceniem zgłoszenia się później, gdy ostre objawy przeminą tak, iż razem zwężenia krtani było przypadków 32.

Ruch zatem chorych stałych przedstawia się jak następuje:

	mężczyzn	kobiet	Razem
Stenosis laryngis e scleromate	7	7	14
Stenosis laryngis post perichondritidem . .	5	—	5
Stenosis laryngis e perichondritide	2	—	2
Stenosis laryngis e tuberculosi	1	5	6 [1])
Stenosis laryngis e lue	—	2	2
Stenosis laryngis e sarcomate	1	—	1
Stenosis laryngis e fibromate laryngis . . .	1	—	1
Stenosis laryngis post diphtheriam	1	—	1
Tuberculosis laryngis sine stenosi	2	—	2
Syphilis tertiaria pharyngis	—	1	1
Fibro-sarcoma cavi pharyngo-nasalis . . .	1	—	1
Carcinoma tonsillae.	1	—	1
Scleroma nasi et cavi pharyngo-nasalis . .	—	1	1
Pachydermia laryngis verucosa	—	1	1
Pharyngitis chronica	1	—	1
	23	17	40

[1]) Liczba ta wymaga objaśnienia, gdyż zwężeń krtani z powodu gruźlicy było, jak wyżej wspomniano, przypadków trzy; w liczbie tej 6 jeden przypadek 4 razy wracał się na nasz oddział tak, iż właściwie pozostaje trzy przypadki.

Z liczby tej 40 chorych, 5 mężczyzn i 5 kobiet razem 10 chorych pozostało na rok 1895.

Piętnaście przypadków twardzieli u chorych naszych stałych, nie licząc przypadków ambulatoryjnych, dowodzi nam pospolitości tej choroby u nas i ciężkich jej następstw; zostawiając sobie opracowanie spostrzeganych przypadków twardzieli na później, tu wspomnę tylko, iż w 12 przypadkach zajętemi były nos, jama noso-gardłowa, jama gardła choć nie zawsze, wreszcie krtań, w 1 nadto tchawica a w 1 obok zwężenia tchawicy, mieliśmy nadto obustronne zwężene w oskrzelach a przytem prawie zupełne zaróśnięcie krtani. (Anastazya Deputatka, l. 18, córka rolnika, z Olszanic w pow. tłumackim). Podobny przypadek znacznego zwężenia tchawicy z powodu twardzieli był także leczony już w r. 1894, przed otwarciem jednak oddziału. We wszystkich tych przypadkach starano się za pomocą łyżeczki ostrej pod kontrolą wzroku, t. j. przy użyciu lejka tchawicznego (Pieniążka), usunąć wybujałą tkankę a obok tego przez użycie odpowiednio szerokich i długich kawałków kateteru twardego jako kaniuli rozszerzyć światło tchawicy. Rezultat wszędzie uwieńczony był skutkiem pomyślnym, nawet w przypadku skomplikowanym ze zwężeniem oskrzeli udało się usunąć zwężenie tchawicy, co jednak wobec zwężenia oskrzeli wystarczyć nie mogło. Przypadek ten do dziś dnia jeszcze pozostaje na naszym oddziele, mimo energicznych zabiegów jednak nie pozwala pomyślnie rokować, zwężenie bowiem oskrzeli a jakiś czas usunięte wraca napowrót z przyczyny natury sprawy chorobowej. W jednym przypadku rozległej twardzieli zajmującej nietylko nos i gardło, ale nawet język i błonę śluzową jamy ust, mieliśmy zwężenie krtani na tle kończącej się *perichondritis* powstałe. Przy laryngofisurze wycięto wtłaczające się części miękkie z bocznych ścian krtani a zarazem oddzielono ochrzęstnę tylnej części chrząstki obrączkowej; sama tylna płyta bez śladu była zniszczona. Ze względu na pospolitość występowania twardzieli pod postacią t. zw. *chorditis vocalis hypertrophica inferior* wspomnieć muszę, iż w tych 14 przypadkach, względnie 13, gdyż jeden przypadek został ponownie przyjęty, mieliśmy 6 razy czystą postać tej t. zw. *laryngitis chronica subglottica*, przyczem wałki te podbrzeżne były jużto od więzadeł oddzielone rowkiem, jużto stanowiły z nimi jedną całość; w innych zaś przypadkach, gdzie inne części krtani były zajęte, zmian twardzielnych bezpośrednio pod strunami nigdy nie brakło. Pozostały piętnasty przypadek twardzieli zajmował jedynie nos i jamę noso-gardłową, wywołując zwężenie nosa, które drogami naturalnemi usunięto.

Przypadki zwężenia krtani po zapaleniu ochrzęstnej miały 4 razy swą przyczynę w przebyciu duru brzusznego, co odpowiada zupełnie ciężkim przypadkom duru u nas. W 2 przypadkach świeżego zapalenia ochrzęstnej wykonano z powodu zwężenia tracheotomię; w 5 przypadkach zwężenia po zapaleniu wykonano w 3 laryngofisurę z wycięciem wtłaczających się części miękkich pod głośnię; w razie nieruchomości strun głosowych wycinano je celem zyskania odpowiedniej szpary głosowej. Szpara w ten sposób otrzymana stawała się jednak zawsze z czasem węższą tak, że musiano bądźto powtarzać laryngofisurę, bądźto stósować metodę dylatacyjną. W dwóch pozostałych przypadkach listwowate zgrubienia na ścianach bocznych usuwano częścią nożem, częścią łyżeczką przez otwór tracheotomijny; w jednym z nich wykonano następnie plastykę, drugi pozostawiono na razie z kaniulą, polecając choremu po upływie pewnego czasu zgłosić się do dekaniulacyi. (Ciąg dalszy nastąpi).

K. Maydl: **Ueber subphrenische Abscesse.** Mit 8 Tafeln in Heliogravure und 12 Figuren im Texte. XI i 357. Wieden, nakładem J. Šafářa. 1894.

(Dokończenie. Patrz Nr. 14).

Zestawienie przypadków. Jak sędzia śledczy, aby dojść do prawdy, zwołuje wszystkich świadków, tak

autor zawezwał przed swój trybunał 179 dotąd ogłoszonych przypadków, t. j. zawezwał ich o wiele więcej, lecz tyle stawiło się, jak wyżej wymieniłem.

W osobnym spisie podaje M. dotąd ogłoszone przypadki, których z rozmaitych przyczyn w swej pracy uwzględnić nie mógł a jest ich około 40. Dlaczego między niemi figurują przypadki w polskich zamieszczone tygodnikach (Kijewski, Biegański, Bruner, Ehrlich, Jawdyński i Jundziłł) trudno mi wyrozumieć; wszak chyba Czechowi polski język nie stał na przeszkodzie?

Materyał w ten sposób zebrany rozpatruje w 12 grupach, obejmujących każda etyologicznie spokrewnione przypadki i tak w I. grupie widzimy 35 przypadków, które wzięły początek od żołądka *(casus stomachales)*, w II. zaś 13 przypadków z kiszkami w związku stojących *(c. intestinales)*, do III. zaliczył 25 przypadków, pochodzących od wysięków okołokątniczych *(c. pericoecales)*, IV. *Echinoccus*, 17 przypadków, V. *Trauma subcutaneum abdominis*, 18 przypadków, VI. 20 przypadków od przewodów żółciowych *(c. cholcangiotici)*, VII. Od onercza *(c. perinephritici)* 11 przyp. VIII. *Abscessus metastatici*, 11 przyp., IX. *Vulnera penetrantia abdominis*, 6 przyp., X. *Varia*, 11 przyp., XI. *Caries costarum*, 3 przyp., XII. *Casus thoracales*, 9 przyp.

Wszystkie przypadki są prawie dosłownie powtórzone, tak, że każdy późniejszy na tem polu pracownik znajdzie już gotowy materyał a po każdej grupie znajdujemy uwagi autora, których wiązankę choć w bardzo suchem streszczeniu pozwalam sobie tutaj przytoczyć.

I tak co do pierwszej grupy przekonał się M., że po największej części przyszło do ropienia podprzeponowego skutkiem bezpośredniego przebicia ścian żołądka i to 32 razy przez wrzód drażący a tylko 3 razy przez rak żołądka. Przeważnie dotyczyło to osób w średnim wieku 20—40 lat; tak kobiety jak i mężczyźni ulegli temu zdarzeniu prawie na równi (20:15). Co do siedziby wrzodu, to najczęściej były to wrzody usadowione na krzywiźnie małej i w jej pobliżu, chociaż w 3 przypadkach wykazano siedzibę wrzodu na krzywiźnie żołądkowej dużej. 17 razy, na 35 było obok ropy powietrze lub gazy i to najczęściej pochodzenia żołądkowego, chociaż kilka razy mogło pochodzić i od płuc, gdyż i z niemi była komunikacya, z wyjątkiem jednego, położonego po stronie prawej, było 34 po stronie lewej.

W tych 35 przypadkach tylko w 10 zdecydowano się na incyzyę, względnie resekcyę żebra; z tych ostatnich wyzdrowiało 3; więc 25 nieoperowanych, 7 zoperowanych, razem 32 umarło.

W grupie II. t. zw. jelitowej wykazał M. okoliczności stwierdzające doświadczenia Sängera, który wstrzykiwał błękit pruski w tkankę łączną zaotrzewnową i zdołał wpędzić go tylko w okolicę kątnicy, nadnercza prawego aż po przeponę i dwunastnicy. To też i ropnie podprzeponowe tutaj w liczbie 13 zapisane, powstały 8 razy po przebiciu dwunastnicy, 4 razy kiszki grubej a raz cienkiej i to w okolicy kątnicy. 12 było po stronie prawej, tylko 1 po stronie lewej. Obok ropy znaleziono gazy 8 razy.

Grupa III., obejmująca 25 przypadków od kątnicy pochodzących, cechuje się tem, że przeważnie ropnie znajdowały się po stronie prawej. Z 14 operowanych wyzdrowiało 9, z 11 nieoperowanych wyzdrowiało 2.

Grupa IV., zawiera 17 przypadków bąblowca i należy do najlepiej poznanych, to też i 15 z tego było operowanych z wyleczeniem w 8 przypadkach.

Grupa V., obejmująca 18 przypadków ropni podprzeponowych powstałych skutkiem urazu podskórnego, należy o tyle do najciekawszych, że była dotąd prawie zupełnie nieznaną i że interesować może i powinna także i lekarza sądowego. Urazy bywały najrozmaitsze i tak 3 razy dźwignięcie znacznego ciężaru, 2 razy rzucenie o ziemię przy mocowaniu się, 2 razy bezpośrednie uderzenie i tyleż razy kopnięcie w bok, 1 raz jakiś bliżej nieokreślony uraz, który jednak doprowadził do znacznych zmian sekcyą potwierdzonych, zaczem zresztą przemawiają zestawienia Mayera i Edlera, wykazujące pęknięcia organów wewnętrznych nawet po nieznacznych urazach; 3 razy spadnięcie z wysokości, 2 razy przejechanie, 2 razy kontuzya wojenna granatem, 1 raz zawodowe ugniatanie w bok. Z 18 przypadków wyzdrowiało 8, z nich sześć po operacyi.

Grupa VI.: 20 przypadków od dróg żółciowych. W połowie przypadków przyczyną ropni podprzeponowych były sprawy toczące się w pęcherzyku żółciowym (kamienie, otok), w innych już to szersze, już też węższe przewody żółciowe. 16 razy był ropień, jak do przewidzenia, po prawej stronie, lecz przecież 4 razy po lewej stronie. Z 20 przypadków wygoił się tylko 1 dobrowolnie a 4 po przedsięwzięciu operacyj i to w jednym przypadku bardzo licznych.

Grupa VII.: 11 przypadków pochodzenia okołonerkowego. Po wliczeniu urazowych przypadków do osobnej grupy pozostały tutaj tylko takie, gdzie zapalenie okołonerkowe powstało skutkiem choroby samej nerki *(pyelonephritis* 4 razy, *nephrolithiasis* 2 razy, *nephritis suppurativa metastatica)* albo też samoistnie. 4 razy przebiła się ropa do opłucny, 1 raz do płuc, wreszcie były dążności do tego, lecz do przebicia nie doszło. Charakterystycznem jest zajęcie mięśnia lędźwiowego i przykurczenia skutkiem tego odnogi dolnej.

Z siedmiu operowanych wyzdrowiał tylko jeden, w którym zarazem usunięto chorą nerkę. Wszyscy czterej nieoperowani zmarli.

Grupa VIII.: 11 przypadków pochodzenia przerzutowego. 3 przypadki operowano, 1 wyzdrowiał, nieoperowani umarli wszyscy. Tylko 2 razy po lewej stronie (śledziona), resztę po prawej (wątroba).

Grupa IX.: Rany przestrzeni podprzeponowej, 6 przypadków. Wszyscy zmarli bez operacyi, jednak czterech z nich po tak długim przeciągu czasu 8—12 tygodni, że M. słusznie przypuszcza możliwość operacyi a zatem może i wyleczenia.

Grupa X.: 11 przypadków rozmaitych i zakwestyonowanych. Tutaj pomieścił autor różne rozrzucone przypadki, które w poprzednich grupach miejsca nie znalazły a dla których trudno było osobne tworzyć grupy. I tak n. p. mamy tu 4 przypadki ropni podprzeponowych pochodzących od spraw zapalnych narządu płciowego kobiecego. We wszystkich były domieszane gazy, operacyi nie robiono, wszystkie zakończyły się śmiercią. Jeden przypadek dotyczył promienicy kręgów a reszta, t. j. 6 były same niepewne przypadki.

Grupa XI.: Trzy przypadki wywołane grużlicą żeber. Wszystkie operowano z dobrym skutkiem.

Grupa XII.: 9 przypadków ropni podprzeponowych, pochodzących od organów klatki piersiowej. W 3 z nich przebił się wysięk opłucnowy bez zajęcia równoczesnego płuc a w 6 innych były zajęte płuca. Jeden przypadek wyzdrowiał dobrowolnie, jeden po operacyi a reszta umarła.

Przebieg. Autor sprzeciwia się, żeby w ślad za Ramadanem dzielić ropnie podprzeponowe na zawierające powietrze (gaz) i nie zawierające go, przyznaje jednak, że przebieg tych dwóch kategoryj jest różnym.

W trojaki sposób powstają gazy w takim ropniu: 1) jeżeli z organu zawierającego powietrze przez nadżerkę wraz z ropą dostaje się do przestrzeni podprzeponowej powietrze, 2) jeżeli już gotowy ropień przebija się do takiegoż organu i 3) bez komunikacyi, jako skutek biologicznych własności mikroorganizmów.

Według tych trzech okoliczności ułożonych owych 179 przypadków w trzy grupy poucza nas, że przypadki pochodzenia płucnego i wątrobowego są zupełnie wolne od komunikacyj z organami powietrze zawierającymi; że w 20 przypadkach było powietrze pochodzące

z przewodu pokarmowego a w 16 przypadkach przez przebicie się do płuc, w końcu, że tylko w jednym przypadku można było przypuszczać powstanie gazów skutkiem działania mikroorganizmów.

Najważniejszem pod względem przebiegu jest przebijanie się ropy do płuc lub opłucny. Chory, któremu ropa dostaje się wprost do płuc, może zginąć zaraz przy pierwszym wybuchu, albo też dopiero po wytworzeniu się zapalenia płuc od drażnienia przez ciało obce, lecz nie wykluczonem jest właśnie na tej drodze dobrowolne wyleczenie (6 przypadków).

Przebicie się ropy do worka opłucnowego cechuje się znacznym bólem, brakiem tchu (*dyspnoe*), nagłem pojawieniem się lub powiększeniem wysięku przy równoczesnym braku plwocin. Tutaj musi odbyć się operacya, gdyż bez niej nie ma wyjścia.

Przebicie się ropy do dróg pokarmowych lub do pęcherzyka żółciowego rzadko się wydarza i trudno daje się wyleczać.

L e c z e n i e. Oddawna istniała zasada, żeby ropie, gdziekolwiek się ja przypuszcza, zrobić odpływ na zewnatrz. Jeżeli dawniejsi lekarze kiedy rozpoznawali ropę w przestrzeni podprzeponowej, to tylko wyjątkowo decydowali się na przecięcie, przeważnie wyczekiwali przebicia się ropy samej na zewnątrz a co najwięcej, odważali się na punkcyę trójgrańcem. M. wykazuje z jednej strony brak pomyślnych wyników, z drugiej zaś nieraz szkodliwy wpływ przez wywołanie zapadu, który kilkakrotnie zakończył się nawet śmiertelnie.

Dalej oświadcza się autor jako zwolennik doszczętnej chirurgicznej terapii tych ropni powołując się na statystykę, która wykazuje, że na 179 przypadków operowano 74 razy a mianowicie 45 rozcięć z 19 pomyślnymi wynikami i 29 resekcyi żeber w 20 razach uwieńczonych dobrym skutkiem.

Z tych 74 operacyj było 37 wykonanych drogą klatki piersiowej a więc z przecięciem opłucny (*transpleural*), która bardzo często (45%) w tych razach bywa przyrosłą, co naturalnie operacyę znacznie ułatwia.

Ważną jest okoliczność, na którą zwraca M. uwagę a mianowicie, że chociaż blaszki opłucnowe nie są w pobliżu ropnia podprzeponowego zrosłe, wpadanie powietrza do worka opłucnowego nie odbywa się z taką łatwością, jakby to z góry można było przypuścić, a to dlatego, ponieważ główny tego czynnik, przepona, przez sprawę chorobową zajęta, jest wykluczonym a powtóre, ponieważ przestrzeń opłucnowa w dalszym odcinku w tych razach skutkiem obrzęku znacznie bywa zmniejszoną.

Jeżeli ropień podprzeponowy, t. j. jego dolna część jest jeszcze przystępnym poniżej łuku żebrowego, natenczas mamy najprostsze okoliczności, gdyż otwarcie tego ropnia nie różni się od otwarcia każdego ropnia głębokiego na brzuchu położonego.

W razie znacznego wyparcia tegoż ropnia ku górze, dostajemy się do niego przez klatkę piersiową wypiłowując odpowiednie żebro. Zachowanie się nasze różnić się będzie tylko wobec ostatniego aktu operacyi, t. j. otwarcia samej przepony. Jeżeli natrafimy na zrosty blaszek opłucny ściennej ze sobą, natenczas dostajemy się wprost przez przeponę do jamy ropnia. Nawet w tych najłatwiejszych okolicznościach radzi M. być przezornym i przyszyć brzegi rozciętej przepony do brzegów skóry, gdyż statystyka jego wykazuje, że raz przyszło w podobnym przypadku do rozlutowania się sklejonych blaszek opłucnowych a w następstwie do śmierci z infekcyi jamy opłucnowej cuchnącą treścią ropnia.

Również korzystnem jest zdarzenie, jeżeli natrafimy na wysięk ropny w opłucny a dopiero poniżej osobno ropień podprzeponowy, przyczem tylko pilnie baczyć należy, aby tego ostatniego nie przeoczyć. M. radzi mimo tego zrobić osobny przeciwotwór dla ropnia przynajmniej na pierwszych kilka dni, dopóki nie oczyści się jama jego.

Najniekorzystniejszym jest przypadek, jeżeli natrafimy na zupełnie wolną opłucne lub surowiczy wysięk pomiędzy jej blaszkami. W takim razie przyszywamy przeponę do brzegów opłucny ściennej, albo jeszcze lepiej do brzegów skóry i dopiero otwieramy ropień.

Nie mogę ukryć swego zdziwienia, że autor, opisując te wszystkie powyżej wyliczone metody operacyjne, przepomniał o jednej z najważniejszych, t. j. r e s e k c y i d o l n e g o b r z e g u k l a t k i p i e r s i o w e j p o d a n e j p r z e z L a n n e l o n g u e a a opisanej przez ucznia jego C a n n i o t a (*De la resection du bord inferieur du thorax.* These de Paris 1891.); jestem bowiem zdania, że za pomocą niej możnaby w niektórych razach bez pleurotomii wprost dostać się do ogniska ropnego. *Obaliński.*

Choroby dzieci.

Z. S o k o ł o w : **O zastosowaniu wysokich wlewań u dzieci.**

Gdy do leczenia cierpień przewodu pokarmowego coraz częściej polecane bywają wysokie wlewania do kiszek, interesującem stało się pytanie, jak wysoko może się dostać płyn wlewany przez odbytnicę i jakie zachodzić mogą przeszkody dla dostania się jego do jelit cienkich. W tym celu wykonał S. cały szereg doświadczeń na przeszło 200 trupach dziecięcych a doświadczenia te doprowadziły go do wielce interesujących wyników.

Przedewszystkiem więc przekonał się S., że położenie anatomiczne prostnicy i kiszki esowatej nie jest stałe, że znajduje się ona zwykle po stronie prawej (55% przypadków), lub po lewej (24%) wreszcie mniej lub więcej w linii środkowej, w miarę mniej lub więcej długiej kreski. Zgięcie jelita przy początku kiszki esowatej, t. j. na 10—15 cm. od otworu stolcowego może stanowić przeszkodę do dalszego wprowadzenia drenu; w miarę wypełniania się kiszki zgięcie się wyrównywa a dren dostaje się z łatwością nawet do kiszki zstępującej. Aby wprowadzić płyn do całej kiszki grubej, nie potrzeba wprowadzać wysoko drenu, płyn dostanie się zawsze co najmniej aż do kiszki ślepej, jeśli tylko wlewamy go z pewnej wysokości a ściskaniem rzyci z zewnątrz zapobiegamy wracaniu się płynu. Z jelita ślepego do cienkiego dostaje się płyn wlewany tylko w pewnych okolicznościach. U osesków była zastawka Bauhina drożną w 80% przypadków, u dzieci od 2 lat tylko w 50%. Domykalność zastawki tej zależy od stósunków anatomicznych a szczególnie od mniejszego lub większego fałdu błony śluzowej.

Dochodząc do praktycznych rezultatów swej pracy wypowiada autor zdanie, że wysokie wlewania mogą nam w leczeniu chorób przewodu pokarmowego oddać ważne usługi i poleca je w cierpieniach tak jelita grubego jak jelit cienkich a zwłaszcza w ostrym zapaleniu jelit (*cholera infantum*), gdzie wlewania mogą oddać dobre usługi a dotychczasowe leczenie niejednokrotnie jest bezsilnem. (*Jahrb. f. Kindhlkd.* XXXVIII. 2. 3.) *Dr. Raczyński.*

Położnictwo.

Prof. F a v r e. **Przypadek trepanacyi płodu.**

Między 4-ma przypadkami z praktyki chirurgiczno-położniczej autora ogłoszonych w pierwszym zeszycie Archiwum Virchowa z b. r. zasługuje na uwagę następujący:

U 33-letniej kobiety rodzącej był zmuszony autor wykonać trepanacyę u płodu, którego główka w położeniu twarzowem była ustaloną, tak, iż obrotu nie można było dokonać. Po dokładnej trepanacyi i kranioklazyi dziecię urodziło się żywe a, co ważniejsza, krzyczało. Celem zakończenia męczarni wprowadził autor palec przez otwór w czaszce i zniszczył mózg, *corpora bigemina*, *pedunculi cerebri* móżdżek i górną część mostu Warola. Mimo tego zabiegu dziecię nie przestało krzyczeć, natomiast nie poruszało się wcale. Wówczas ugniótł autor palcem opuszkę rdzenia, poczem wystąpiły u dziecka ogólne drgawki tężcowe, *opistotonus*, wreszcie i śmierć.

W objaśnieniu tego przypadku dodaje autor, że ośrodka wydawania głosu u dzieci nie można brać za jedno z ośrod-

kiem Broki. Wedle dotychczasowych badań spoczywają ośrodki dowolne w mózgu a nie w opuszce rdzenia.

Dla wydobycia głosu potrzeba, aby napięły się więzadła głosowe a głośnia zwęziła. Włókna nerwu błędnego i jego ośrodek zawiadują powyższą czynnością, jednak nie dowiedziono tego wcale, aby ośrodek ten był ośrodkiem dowolnego dobywania głosu. Przypadek autora dowodzi, że w nim środek dowolnego dobywania głosu spoczywał w opuszce rdzenia, a mógł to być ośrodek nerwu błędnego, lub inny. Autor nie wyklucza możliwości, iż w przypadku jego zachodziło wyjątkowe zjawisko; podał zaś ten przypadek do wiadomości, aby przyspożyć materyału dla prac Munka, Goltza, Exnera i innych. (*Archiv fur pathol. Anat. und Physiol. von Virchow.* Tom 139. Z. 1. 1895). *Wachholz.*

Choroby wewnętrzne.

Favre i Pfyffer. **Dalsze doniesienie o przyrodzie ostrego żółtego zaniku wątroby.**

Autorowie potwierdzają wyniki badań podjętych przez Klebsa, Eppingera Hlavę, Babesa i t. d., że przyczyną ostrego zaniku wątroby jest zakażenie. Uzyskawszy z przypadku ostrego zaniku wątroby hodowlę paciorkowca (*streptococcus pyogenes*) szczepili go zwierzętom, którym poprzód zaciskali przewód żółciowy. W ten sposób uzyskiwali zmiany w wątrobie często odpowiadające tak makroskopijnie jak i mikroskopijnie żółtemu ostremu zanikowi. Ich zdaniem trzeba do powstania zaniku nie tylko zakażenia, ale także ogólnej zastoiny w włosowatych przewodach żółciowych, wówczas bowiem rozdzielają się w miąższu wątroby mikroby podobnie jak to dzieje się w miąższu nerkowym przy zastoinie moczu. (*Archiv für path. Anat.* i t. d. *von Virchow.* 1895. Z. 1). *Wachholz.*

Medycyna sądowa.

Holzhausen. **Znaczenie sądowo-lekarskie zagięć kości czaszki noworodków przy znacznej zgniliźnie**

Autor zachęcony własnym przypadkiem i pracą Dittricha, roztrząsającą powyższy temat, zastanawia się nad znaczeniem zagięć kości czaszki noworodków przyczem dochodzi do następujących wniosków:

Zagięcie kości czaszkowych powstaje zwykle w czasie porodu przez ucisk, jaki wywiera *promontorium* miednicy na czaszkę w chwili przejścia jej przez kostny przewód porodowy. Powstaje ono jak doświadczenie poucza, tylko wtedy, jeśli jest niestosunek porodowy a zatem obecność zagięć kości czaszki dowodzi, iż poród nie nastąpił nagle i niespodzianie. Już choćby tylko ten wniosek usprawiedliwia dostatecznie doniosłe znaczenie sądowo-lekarskie zagięć czaszki, gdyż dozwala on na pewne sprzeciwić się obronie matki, tłómaczącej się nagłością porodu jako przyczynie śmierci noworodka. Zagięcie kości czaszkowych może powstać tylko wtedy, jeśli czaszka płodu stawia opór uciskowi wywieranemu przez *promontorium*, a to zależy od tego, czy czaszka jest należycie napięta. Ponieważ zaś napięcie, odporność czaszki zależą od jej treści a głównie od tego, czy płód w tym czasie żyje, gdyż po śmierci płodu napięcia tego nie ma a czaszka w całości stósuje się do wąskości przejścia, przeto dowodzi obecność zagięć, iż dziecię w czasie porodu żyło.

Ponieważ na czaszce niedonoszonego płodu mogłyby powstać zagięcia tylko przy znacznym niestosunku porodowym o którym zresztą łatwo można przekonać się w każdym przypadku, przeto obecność zagięcia dowodzi, jeśli nie było niestosunku porodowego, iż dziecię było donoszone (o czem pouczają wreszcie i zwykłe cechy płodu.

Doświadczenie położnicze potwierdza, iż podobne zagięcia nie sprowadzają zejścia śmiertelnego u noworodka, jeśli czaszka i jej treść nie okazują innych obrażeń, a zatem niema powodu do twierdzenia na podstawie obecności samego zagięcia, iż dziecię urodziło się nieżywe.

Tym wywodom możnaby zarzucić, iż przecież mogą powstać podobne zagięcia po porodzie przez ucisk wywarty rękami drugiej osoby lub ciałem obcem, lecz w tych razach rozstrzyga o przyrodzie zagięcia jego usadowienie się, jego kształt, brak innych obrażeń wreszcie obecność zmian reakcyi za życia w formie podbiegnięć krwawych i t. d.

Tak więc zdaniem autora obecność zagięć na czaszce noworodków nawet mocno już gnijących dowodzi, iż poród był trudny, a zatem powolny i spodziewany, że dziecię w czasie porodu żyło, było donoszone i urodziło się żywe.

O ile wnioski te słuszne, jeśli tyczą się zwłok świeżych o tyle nie mogą one mieć pełnego znaczenia w zwłokach gnijących, wówczas bowiem, nie można stanowczo rozstrzygnąć, czy zagięcia nie powstały już po porodzie, gdyż zmiany przemawiające za gwałtem zewnętrznym, jak sińce, podbiegnięcia, rany i t. d. będą do tego stopnia zmieniono, iż nie wyjaśnią, czy one za życia powstały, czy też po śmierci noworodka. Przypisek sprawozdawcy. (*Zeitschrift für Medb.* 1895. Z. 1). *Wachholz.*

Freyer. **Gorączka połogowa pod względem sądowo-lekarskim.**

W obec sądu rozchodzi się w przypadkach gorączki połogowej o to, czy winę jej powstania należy przypisać położnej względnie innej osobie, udzielającej rodzącym kobietom pomocy. Autor omawia sposób powstania gorączki połogowej, a przyjmując autoinfekcyę dodaje, że chociaż przypuszczenie jej nie jest dotąd należycie uzasadnione, przecież musi lekarz sądowy przyjąć jej możliwość, gdyż w przeważnej liczbie przypadków nie dają bezwzględnej pewności dla rozstrzygnięcia pytania, czy przyczyną gorączki była wina położnej czy autoinfekcya, ani badanie bakteryologiczne, ani zmiany anatomiczne ani wreszcie przebieg kliniczny. Ponieważ doświadczenie uczy, że przypadki samozakażenia przebiegają pomyślnie, przeto autor twierdzi, iż przypadki kończące się śmiercią należy uznawać za powstałe z zakażenia przez drugą osobę; przypadki zaś z przebiegiem pomyślnym nie wykluczają możliwości samozakażenia. (*Zeitschr. f. Medb.* 1894. Nr. 23). *Wachholz.*

Zapiski terapeutyczne.

45. O skutkach surowicy swoistej przeciw błonicy. (Z obrad kongresu dla medycyny wewnętrznej w Monachium). Sprawozdawca prof. Heubner z Berlina oświadcza, iż surowica lecznicza Behringa stanowi epokę w terapii i że nie można zaprzeczyć jej korzystnego wpływu na przebieg prawdziwej, czyli tak zwanej Brétonneauwskiej błonicy. Na podstawie wykazów statystycznych dowodzi sprawozdawca, że mimo wszelkich trudności w oznaczeniu wartości dat statystycznych śmiertelność z błonicy spadła po użyciu surowicy Behringowskiej z 44 na 21% i że ten łagodniejszy o wiele od czasu użycia surowicy Behringowskiej przebieg błonicy nie może być w żaden sposób dziełem przypadku, rezultatem łagodniejszego *genius epidemicus.* Do sądzenia o wartości surowicy leczniczej nadają się tylko te przypadki, w których badanie bakteryologiczne wykazało prątki Loefflerowskie. Wszystkie inne przypadki nie są prawdziwą błonicą; są one do niej tylko podobne (*diphtheroides*).

Wpływ surowicy leczniczej objawia się:

a) w przebiegu gorączki. Mianowicie z małemi wyjątkami nie ma tak charakterystycznego podniesienia się temperatury po spadku;

b) w rychlejszem i dokładniejszem oddzielaniu się w gardle błon wrzekomych;

c) w niejakiem powstrzymywaniu się sprawy miejscowej. W żadnym mianowicie przypadku, w którym w chwili rozpoczęcia leczenia surowicą nie było przypadów ze strony krtani, nie dostrzeżono i później jej zajęcia. Jeżeli jednak krtań była już zajęta, nie można było widzieć korzystnego

wpływu surowicy na przebieg sprawy chorobowej w tym organie.

d) w krótszem trwaniu potrzeby intubacyi w dławcu krtani (*croup laryngis*) tak, iż rurkę intubacyjną trzeba było trzymać przez $^1/_3$ tego czasu, co dawniej.

Co do wpływu surowicy swoistej na nerki, nie można było przekonać się o zmniejszeniu się liczby przypadków z białkomoczem; natomiast to nie ulega wątpliwości, że z przypadków leczonych zaraz 1. dnia surowicą daleko więcej, niż przedtem, przebiegało bez białka w moczu.

Rokowanie było tem korzystniejsze, im wcześniej rozpoczęło się leczenie surowicą, która natomiast nie okazywała wyraźnego wpływu ani na porażenia, ani na osłabienie czynności serca.

Co do immunizacyi, pokazało się, iż nie można używać do niej zbyt małych dawek surowicy, tudzież, że ta ochrona trwa bardzo krótko, co najwięcej kilka tygodni.

Z bezpośrednich skutków ubocznych surowicy wymienić należy tylko osutki przyrody naczynio-ruchowej, niekiedy przebiegające wśród ciężkich objawów ogólnych. Niewątpliwego zapalenia nerek skutkiem użycia surowicy dotychczas nie wykazano.

W rozprawie nad tem zdaniem sprawy oświadcza B a g i n s k y, że na 525 przypadków błonicy leczonych od 15. Marca 1894 r. w szpitalu Cesarzowej Fryderykowej surowicą Aronsonowską a następnie Behringowską śmiertelność, która dla błonicy wynosiła w Berlinie dawniej 44%, spadła za użyciem surowicy na 15%, powiększyła się zaś w Sierpniu i Wrześniu, gdy brakło surowicy, do 51%. Do korzystnego działania surowicy odnieść należy, zdaniem Bagińskiego, poprawę stanu ogólnego, zwykle wszakże dopiero 2. lub 3. dnia po rozpoczęciu leczenia surowicą spostrzedz się dającą, zmniejszenie się gorączki i pewien wpływ miejscowy na sprawę w gardle a mianowicie uderzające jej wstrzymanie się w niektórych przypadkach, nie pojawianie się zwężenia krtani, jeżeli krtań była jeszcze wolna w chwili rozpoczęcia leczenia, pomyślne działanie intubacyi, która usunęła prawie zupełnie tracheotomią a wskazuje jakoby na łatwiejsze oddzielanie się błon wrzekomych.

B. uważał od czasów użycia surowicy więcej porażeń, niż dawniej, prawdopodobnie dlatego, ponieważ więcej dzieci zostaje teraz przy życiu. Śmiertelność jest tem mniejsza, im wcześniej rozpoczęto leczenie surowicą.

Niekiedy widziano ropnie w miejscu wstrzyknięcia surowicy, mianowicie wtedy, gdy wstrzykiwano w substancyę mięśniową.

Orzeczenie o wartości immunizacyi jest trudne; w każdym razie należy do niej używać nie zamałych ilości surowicy.

W i e d e r h o f e r z Wiednia powtarza swe zdanie już dawniej wypowiedziane, iż surowica swoista ma niewątpliwie korzystny wpływ na przebieg błonicy.

R a n k e z Monachium przytacza, że dostawał do leczenia przypadki błonicy dopiero w 3. lub 4. dniu choroby i że z 96 przypadków prawdziwej błonicy okazywało 63 objawy zwężenia krtani już przy przyjęciu. Z tych 63 w 21 ustąpiły po surowicy wcale rychło przypady zwężenia, intubowano zaś 42, z których 13 zakończyło się śmiercią a zatem znacznie mniej, niż dawniej. I czas intubacyi skrócił się teraz znacznie. Z tego wnosi R., że surowica do pewnego stopnia przerywa sprawę błoniczą i przeszkadza mianowicie dostaniu się jej do oskrzeli.

K o h t s ze Strasburga nie mógł z małemi wyjątkami przekonać się o znacznej zmianie w przebiegu błonicy pod wpływem surowicy.

S e i t z z Monachium oświadcza, że o żadnych wybitnych skutkach szkodliwych surowicy mowy być nie może. Nie ma mianowicie ani zadrażnienia nerek, ani częściej niż dawniej białkomoczu i porażeń, niekorzystnego wpływu na serce i inne sprawy chorobowe. Tylko osutki pojawiały się za użyciem surowicy, mianowicie zapobiegawczem częściej, niż dawniej.

S t i n t z i n g z Jeny nie przemawia ani za surowicą ani przeciw niej, zwraca jednak uwagę, iż obecnie znajdujemy się widocznie w okresie lekkiej błonicy i dlatego może się dopiero po latach pokazać, czy łagodniejszy teraz przebieg błonicy odnieść należy do działania surowicy, czy też do łagodniejszego także *genius epidemicus*.

T r u m p z Gracu zdaje sprawę ze swych ścisłych poszukiwań bakteryologicznych u osób tak chorych na błonicę, jak i nieokazujących żadnych jej znaków. U chorych na błonicę udało mu się wykazać trzy rodzaje prątków: 1) prawdziwe Loefflerowskie, 2) inne, niechorobotwórcze i 3) wrzekomo błonicze, podobne w hodowlach całkiem do prątków Loefflerowskich, które jednak w doświadczeniu na zwierzętach całkiem nie okazały się chorotwórczemi.

T. przekonał się, 1) że u dzieci chorych na błonicę gardła znajdował się prawdziwy prątek Loefflerowski bardzo często i na innych błonach śluzowych, jak na spojówce, w nosie, niekiedy nawet na błonie śluzowej sromu nie wywołując w tych miejscach żadnych objawów patologicznych. 2) że prątek błoniczy utrzymuje się bardzo długo. Jakoż udało się wyhodować go z błony śluzowej gardła jeszcze w 82 dni po skończeniu się u dziecka błonicy, lubo znacznie osłabiony. Nawet u dzieci, które nigdy nie okazywały żadnych przypadów błonicy, udało się nieraz wykryć prątek błoniczy na spojówce i błonie śluzowej nosa, przyczem można przypuścić, iż prątek ten przeniosły dzieci wyzdrowiałe z błonicy do sal, gdzie leżały inne dzieci.

3) że skutkiem tego mogą pośredniczyć w szerzeniu się błonicy dzieci, które nigdy nie okazywały przypadów tej choroby.

4) że to przenoszenie choroby daje się wytłómaczyć tylko przez bezpośrednie zetknięcie i że zatem sama tylko desinfekcya mieszkania i rzeczy używanych przez chorych nie wystarcza do zapobiegania rozwleczaniu choroby.

46. O z n a c z e n i u t e r a p e u t y c z n e m ż e l a z a (z obrad kongresu dla medycyny wewnętrznej w Monachium). Sprawozdawca, prof. B u n g e zwracając uwagę na ważność hemoglobiny, jako połączenia żelezistego, zapytuje się, zkąd ona bierze się w ustroju? Zdanie, jakoby przez syntezę powstawała hemoglobina z żelaza do ustroju wprowadzonego, nie jest prawdopodobne na podstawie badań fizyologiczno-chemicznych. Poszukiwania Glicińskiego, Hamburgera i innych wykazały, że w przewodzie pokarmowym nie ma wyraźnej przynajmniej resorpcyi połączeń nieorganicznych żelaza, własne zaś poszukiwania sprawozdawcy dowiodły, iż z dających się wessać połączeń organicznych żelaza dostaje się ten metal przecież do ustroju. Takie, zdolne do wessania połączenia organiczne żelaza znajdują się w żółtku jajecznem w postaci tak zwanych nukleoalbuminów. W mleku jak również w pokarmach roślinnych znajduje się kilka połączeń, z których organizm może sobie przyswoić żelazo. Gdy jednak pokarmy roślinne zawierają bardzo wiele żelaza, zawiera go mleko nadzwyczaj mało, coby na pozór przynajmniej nie zgadzało się ze zdaniem powszechnie przyjętem, iż mleko zawiera w pewnym stosunku korzystnym wszelkie składniki potrzebne do wzrostu organizmu. Ten brak dostatecznej ilości żelaza w mleku wyrównywa się u noworodka w ten sposób, iż przychodzi on na świat z bardzo znacznym zapasem żelaza pochodzącym ze krwi krążącej w części matczynej łożyska. Skoro tylko wyczerpie się ten zapas żelaza, chwyta się zwierzę instyktownie pożywienia roślinnego. Coś podobnego przypuszczać wolno i dla noworodka ludzkiego; nie należy jednak przypuszczać, iż ustrój matczyny u człowieka dopiero podczas ciąży gromadzi zapasy w sobie żelaza, ażeby go przy porodzie dać noworodkowi; owszem prawdopodobniej ustrój kobiecy ze względu na swe przeznaczenie już w okresie pokwitania rozpoczyna gromadzić w sobie zapasy żelaza. Z temby może zostawała w związku okoliczność, iż blednica pojawia się właśnie w wieku pokwitania, jeżeli organizm w celu wytworzenia w sobie zapasów żelaza odejmuje je krwi a z przyczyny upośledzenia asymilacyi pokarmów nie pokrywa tego

ubytku. Na wessanie połączeń nieorganicznych żelaza nie ma dowodów. Zupełnie inaczej rzecz się ma z połączeniami organicznemi; te ulegają niewątpliwie wessaniu, inna atoli kwestya, czy je ustrój sobie przyswaja. Dlatego za najlepszy sposób wprowadzania żelaza do ustroju uważa sprawozdawca używanie pokarmów roślinnych obok pożywienia zawierającego dużo żelaza. Skłania on się do przypuszczenia, iż skuteczność przetworów żelezistych polega na sugestyi.

Quincke z Kilonii, drugi sprawozdawca, po rozmaitych wywodach teoretycznych uważa sole żeleziste, osobliwie żelazawe i białkany żelaza za przetwory bardzo przydatne. Sądzi, że w wymierzaniu dawki powinno się mieć na oku rzeczywistą ilość żelaza w danym przetworze.

Co do preparatów hemoglobiny, doświadczenia dotychczasowe nie wystarczają jeszcze do stanowczego orzeczenia o ich wartości.

W dyskusyi nad temi zdaniami sprawy oświadcza się Stiefler za skutecznością zdrojów żelezistych. Heubner sądzi z własnych spostrzeżeń, iż osesków niedokrewnych nie można długo żywić samem wyłącznie mlekiem. Siegfried zwraca uwagę na pomyślne działanie na błędnicę pobytu w miernych wysokościach (500 m.) obok podawania przetworów żelezistych. Immermann z Bazylei przywodzi, że i pokarmy najwięcej nawet żelaza zawierające same nie wystarczają do leczenia błędnicy, lecz że trzeba obok tego zadawać stósowne przetwory żeleziste. Nothnagel z Wiednia uważa leżenie przez kilka tygodni w błędnicy za szczególniej skuteczne. Ziemssen z Monachium i Baeumler z Fryburga są za użyciem żelaza. (*Berl. klin. Wchschft.* 8. Kwietnia 1895).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

VI. Posiedzenie zwyczajne w dniu 22. Marca 1895 r.

Przewodniczący kol. Festenburg. — Obecnych członków 28.

1) Kol. Krokiewicz: *O wadach rozwojowych narządu moczo-płciowego z uwzględnieniem powstawania obojnactwa* (*hermafrodytyzmu*). Prelegent w dłuższem a treściwem zestawieniu cofnął się aż do 3. tygodnia rozwoju zarodka, kiedy to wytwarza się w części tylnej jamy brzusznej woreczek będący zawiązkiem omoczni (*allantois*) a tem samem i pęcherza moczowego, wspomniał, iż omocznia w dalszym swym rozwoju wychodzi obok przewodu pępokiszkowego przez otwór pępkowy na zewnątrz i rozwija się między owodnią a kosmówką, obrastając swem zdwojeniem cały zarodek z owodnią i zaznaczył, iż początek omoczni tworzy pęcherz moczowy połączony z dolną częścią przewodu pokarmowego i otwierający się do wspólnej kloaki i że do pęcherza moczowego a względnie kloaki w pierwszych miesiącach życia płodowego uchodzą ujścia pierwotnych przewodów nerkowych (t. zw. ciał Wolfa); omówił powstawanie moczownika (*urachus*), zanik części zewnętrznej omoczni w drugim miesiącu życia płodowego w miarę wytwarzania się krążenia łożyskowego a tem samem i zadanie zewnętrznego woreczka omoczni, t. j. pośrednictwo przy połączeniu naczyń zarodka w nim rozgałęzionych a krążeniem matki. Wspomniał o przekształceniu się wspólnej kloaki w zatokę moczopłciową (*sinus urogenitalis*), wytworzeniu się międzykrocza i oddzieleniu narządu moczo płciowego od przewodu pokarmowego, o sposobie powstawania moczowodów, miedniczek nerkowych, kielichów nerkowych a wreszcie o prawdziwych nerkach, które dopiero z końcem trzeciego miesiąca występują na jaw, uwzględniając teorye powstawania Remaka i Kupfera.

Następnie prelegent omówił powstawanie przyrządów płciowych wewnętrznych i zastanowił się nad ciałami Wolfa, t. zw. pierwotnemi nerkami, przewodami ciał Wolfa, przewodami Müllera, tudzież i gruczołami płciowymi, z których wytwarzają się albo jądra albo jajniki i wykazał, jakim zmianom ulegają powyższe organy przy wyróżnianiu się płci męskiej lub żeńskiej, poczem przystąpił do omówienia powstawania części płciowych męskich i żeńskich zewnętrznych. Przy omawianiu powstawania gruczołów płciowych, zwrócił uwagę na poglądy Waldeyera (*Eierstock u. Ei.* 1870), według którego pierwotnie założenie płci w zarodku jest obojnakowe.

Po przedstawieniu prawidłowego, fizyologicznego rozwoju organów moczopłciowych przystąpił prelegent do omówienia wad utworowych i zastanowił się nad powstawaniem t. zw. *atresia completa*, *atresia ani vaginalis*, wysokiem ujściem cewki moczowej z przerostem łechtaczki, epispadii, hipospadii, wad rozwojowych macicy, pochwy i powstawaniem obojnactwa t. j. hermafrodytyzmu.

Najdłużej zatrzymał się nad powstawaniem obojnactwa, określił cechy dla obojnactwa i przytoczył podział przyjęty dziś w nauce na: 1) *hermaphroditismus verus* i 2) *h. spurius* czyli pseudohermafrodytyzm. I. *Hermaphroditismus verus* dzieli się na: α) *bilateralis*, β) *unilateralis*, γ) *lateralis transversus*. II. *Pseudohermaphroditismus* zaś dzieli się na: α) *p. masculinus* i β) *p. femininus* a każdy z nich rozpada się znów na 3 działy, t. j. *internus*, *externus* i *completus*. Następnie zastanowił się prelegent nad przypadkami ogłoszonymi dotychczas w literaturze, o ile one mogą wytrzymać krytykę, i określił bliżej przypadek przez siebie przedstawiony na posiedzeniu poprzedniem Towarzystwa.

W końcu poświęcił prelegent kilka uwag w sprawie stanowiska obojnactwa ze względu na medycynę sądową i kwestyę socyalną.

Wykład urozmaicony był przedstawieniem 13 tablic w tym celu sporządzonych a tyczących się historyi rozwoju organów moczo-płciowych. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zabierali głos koll. Wachholz, Uhma, Skałkowski i prelegent.

2) Kol. Uhma: *Czy okres utajenia pierwotnego wrzodu kiłowego może trwać cztery miesiące?* Mówca opowiada o przypadku wrzodu twardego na napletku u pacyenta, który rzekomo co najmniej cztery miesiące przed wystąpieniem owrzodzenia stósunków płciowych z nikim nie miał a u którego możliwość zakażenia na innej drodze wydaje się wykluczoną. Zwraca następnie uwagę na znane sobie z praktyki i literatury znaczne różnice w okresach utajenia wrzodu twardego nawet w tych przypadkach, gdzie jad pochodził z tego samego źródła. Zwróciwszy wreszcie uwagę na trudności w oznaczeniu chwili zarażenia, już z tego powodu, że rzadko nader trafia się na pacyentów, którzyby po kilka miesięcy wstrzymywali się od spółkowania, przychodzi mówca do przekonania, że sprawy tej na razie nie można stanowczo rozstrzygnąć i że w danym przypadku możliwość tak długiego utajenia zaprzeczyć się nie da.

Z powodu spóźnionej pory na tem zakończono posiedzenie.

Sekretarz: *Uhma.*

VI. VII-my Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1894 roku.

Napisał
Dr. Leon Kryński,
asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 14).

Posiedzenie czwarte z dnia 25. Lipca o godz. 10-tej rano.

Przewodniczący Dr. Załoziecki z Czerniowiec.

X. Profesor **Rydygier** przedstawia chorego, któremu wykonał laparotomię z powodu cierpienia rozpoznanego pierwotnie w klinice wewnętrznej a potem w chirurgicznej jako *pyonephrosis tuberculosa*. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że sprawa chorobowa dotyczy nie nerki lecz gruczołów chłonnych pozaotrzewnowych; stanowiły one guz ruchomy, wielkości głowy dorosłego człowieka, wewnątrz w wielu miejscach zropiały. Guz ten wszył mówca w ścianę brzuszną, łącząc za pomocą szwów otrzewnę boków guza z brzegami rany, poczem sam guz naciął i części zropiałe wyskrobał; guz ten przez dalsze ropienie stopniowo się zmniejszał tak, że teraz nie jest większy od jabłka średniej wielkości. Jed-

nocześnie stan ogólny chorego poprawił się znakomicie; przez trzymiesięczny pobyt w klinice chory zyskał na wadze około 10 kilogramów.

XI. Dr. **Wehr** opisuje przypadek połknięcia blaszki sztucznego podniebienia wraz z zębami; długość jej wynosiła mniej więcej $2\frac{1}{2}$ cm. Nie będąc w stanie ciała tego wydobyć haczykiem Graefego, wykonał mówca ezofagotomię zewnętrzną i przez ranę operacyjną przełyku wydobył blaszkę kleszczykami, wykonawszy przytem nią ćwierć obrotu. Ranę zeszył mówca katgutem; zagoiła się ona w trzy tygodnie, pozostała tylko mała blizna z boku szyi zupełnie ruchoma.

Dane statystyczne zebrane przez Fischera a dotyczące ciał obcych w przełyku, są podług autora następujące: Co się tyczy natury ciała obcego, to w 34% przypadków mamy do czynienia ze szczęką sztuczną, w 33% z kośćmi, w 7% z monetami i t. d. Śmiertelność w tych razach nie przenosi 25%; przyczyną zejścia śmiertelnego bywa *perforatio*, *perioesophagitis*, *mediastinitis*, *phlegmone colli*, wreszcie krwotok (w 6% przypadków). Ezofagotomia daje dobre wyniki w pierwszych 24 godzinach; drugiego dnia już gorsze o 6%. Po dłuższym czasie, w lat kilka, po dostaniu się ciała obcego do przełyku, wyniki są znów dobre. Dalej, wyniki są stosunkowo lepsze, jeżeli ciało obce jest większych rozmiarów, n. p. dobrze zakończyły się przypadki, gdzie z przełyku wydobywano widelec. Ciała ostre są niebezpieczne ze względu na możliwość przebicia aorty. W leczeniu następowem zaleca Dr. Wehr używanie cewników na pół twardych. Znalezienie przełyku nie zawsze jest, zdaniem Dra Wehra, rzeczą łatwą.

W dyskusyi podaje Dr. Szuman, że w jednym przypadku wydobył przez usta z przełyku kawałek szczoteczki rozmiarów nieco większych, niż okazany przez Dra Wehra.

XII. Dr. **Ziembicki** przedstawia chorą, która zgłosiła się do niego z ropniem na szyi. Po nacięciu ropnia i po wypuszczeniu z niego około 200—250 grm. cuchnącej ropy, doszedł mówca do przełyku, który okazał się przedziurawionym przez kość długości $1\frac{1}{2}$—3 cm. Kość ta przebiwszy ścianę przełyku utkwiła w kręgosłupie.

Dalsze badanie wykazało, iż powstałe w skutek tego ropienie opuściło się ku dołowi do śródpiersia, wywołując tam także zapalenie ropne (*mediastinitis postica*). Wobec tego przystąpił Dr. Z. do odkrycia śródpiersia od tyłu i w tym celu zrobił częściową resekcyę 3., 4., 5. i 6. żebra w tylnej ich części obok kręgosłupa; wycięte kawałki żeber miały do 2 cm. długości. Przez otrzymany drogą tą otwór wprowadzono dren. Leczenie to dało wyniki zupełnie zadawalniające. Metodę operowania w *mediastinitis postica* uważał autor początkowo za swoją, następnie jednak spotkał się z jej opisem w pracy Nasiłowa w *Wraczu* z 1888 r.

W dyskusyi nad odczytem Dra Ziembickiego Dr. Barącz dodaje, że prócz Nasiłowa zajmowali się kwestyą dostania się do *mediastinum posticum* Quénu i Hartmann. Autorowie ci na posiedzeniu *Societe de Chirurgie* w dniu 4. Lutego 1891. zdali sprawę z odnośnej pracy doświadczalnej i opisali własną metodę operacyjną polecają oni cięcie w środku pomiedzy wewnętrznym brzegiem lewej łopatki a wyrostkami grzbietowymi kręgów na 15 cm. długie, przecięcie lub podniesienie mięśnia kapturowego. Przecięcie *m. rhomboideus* i resekcyę kąta 3., 4. i 5. żebra w obszarze 2 cm. Po rozwarciu zewnętrznego brzegu rany można uzyskać otwór na 12 cm. długi, przez który da się dosięgnąć *mediastinum posticum* bez otwarcia opłucny, którą odsuwa się palcami. Autorowie ci polecają zawsze stronę lewą, ponieważ doświadczenia ich zrobione na mrożonych trupach, wykazały zgodnie z twierdzeniem Braunego, że dostanie się stroną prawą jest niebezpieczne. Po stronie prawej opłucna wysyła wypustki pomiędzy kręgosłup a przełyk, podczas gdy po stronie lewej odchodzi wprost od tyłu ku przodowi i ręką można łatwo dosięgnąć aorty i przełyku. Sprawy chorobowe w śródpiersiu tylnem, które wymagać mogą tego zabiegu, są według wspomnianych autorów następujące: 1) gruczoły gruźlicze, 2) sprawy ropne naokoło przełyku, ropnie opadowe od strony kręgów (drenowanie śródpiersia tylnego), 3) różne sprawy chorobowe w przełyku samym: *a*) ciała obce wklinowane, *b*) ograniczone nowotwory (*carcinoma oesophagi*) z wyłączeniem rozległych nacieków z powodu braku miejsca i niemożności zeszycia oddalonych od siebie przeciętych końców połyku, 4) wreszcie posługując się tym sposobem, można dotrzeć łatwo do spraw chorobowych w górnych częściach płuca. Dr. B. wykonał tę operacyę kilkakrotnie na trupie i przekonał się, że dotarcie do śródpiersia tylnego za pomocą opisanej metody jest możliwe i nie trudne. Szczególnie nadawałaby się wspomniana metoda do drenowania śródpiesia tylnego i do wydobycia ciał obcych mocno wklinowanych w połyku. W celu usunięcia nowotworów złośliwych należałoby resekować o jedno żebro więcej, t. j. 6 żebro. Ostatni zabieg przedstawia bardzo znaczne trudności i wymaga osobliwej wprawy na trupach. (Sprawozdanie własne).

Dr. Kader opisuje przypadek z kliniki chirurgicznej wrocławskiej, w którym użyto takiej samej metody operacyjnej, aby dostać się do śródpiersia tylnego w celu wydobycia ciała obcego z lewego oskrzela.

XIII. Dr. **Barącz** przedstawia chorego, u którego wykonał z zupełnem powodzeniem wykluczenie jelita z powodu znacznych zmian stanowiących następstwo *paratyphlitis* i omawia obszerniej powstanie tej operacyi, jej technikę i wskazania. (Przypadek ten ogłoszony w *Przeglądzie lekarskim* z roku 1894. str. 221).

W dyskusyi prof. Obaliński opisuje swój podobny przypadek, gdzie z powodu gruźlicy jelita ślepego wykonał całkowite wykluczenie tego jelita wraz z częścią *coli ascendentis* i *ilei* i otrzymał zupełne wyleczenie chorej. (Przypadek ogłoszony w *Medycynie* 44. 1894).

Dr. Wehr chwali metodę wykluczania jelit i przyznaje jej zalety w niektórych przypadkach spraw chorobowych.

XIV. Dr. **Dembowski** przedstawia 1⁰ odlewy gipsowe i fotografie z przypadku, w którym wykonał z powodzeniem rynoplastykę sposobem Israela; 2⁰ fotografię chorego operowanego z dobrym wynikiem z powodu *meningocele spuria traumatica*.

W dyskusyi nad tym odczytem prof. Obaliński zwraca uwagę na tak korzystny rezultat otrzymany przez Dra Dembowskiego. Sam mówca jest zwolennikiem Wolfowskiego sposobu rynoplastyki, jakkolwiek Israel na zeszłorocznym Zjeździe chirurgów niemieckich sposób ten mocno krytykował. Według tej metody wykonał niedawno mówca w jednym przypadku plastykę nosa i wynik otrzymał zupełnie zadawalniający.

XV. Dr. Gabryszewski: *O rozległych wypiłowaniach klatki piersiowej.* (Sprawozdanie własne). Dwa przypadki rozległego wypiłowania klatki piersiowej z powodu nowotworów jej ścian (z których jeden był przedstawionym w roku zeszłym w towarzystwie lekarskiem krakowskiem), skłoniły mówcę do wykonania kilku doświadczeń na psach celem przekonania się w jaki sposób się te rzeczy goją i jak się zachowuje płuco. Doświadczenia te nieukończone jeszcze, dają jednak już dziś pewne wyjaśnienia a mianowicie: płuco w miejscu ubytku ściany klatki piersiowej, przylepia się wkrótce do skóry, która również jak i krawędzie ściany klatki piersiowej pokrywać się zaczyna zdrową ziarniną. Płuco tylko w miejscu bezpośrednio sąsiadującem ze zlepem ulega atelektazie i częściowemu zbliznowaceniu, w ogóle jednak po pierwszem zapadnięciu powoli rozszerza się i wypełnia powietrzem tak, że mała tylko jest różnica w porównaniu z drugiem płucem. Zmniejszenie płuca jest tem większe, im większy ubytek w ścianie a zatem większe wpuklenie skóry do jamy opłucnowej. O żadnej rozległej atelektazie płuca mowy nie ma. Operacyę tę wykonywać można śmiało, zachowując pewne ostrożności t. j. płat skóry ma być znacznie większy niż ubytek w klatce piersiowej, jamę opłucnową należy otwierać powoli aby się chory przyzwyczaił do nowych stósunków oddychania, przepłukiwania wszelkie są szkodliwe. Postępowanie Witzla, który wypełnia jamę opłucnową wodą a potem ją wyciąga i przez to płuco rozszerza, może w danym przypadku ratować życie.

XVI. Prof. **Rydygier** przedstawia nowsze narzędzia i przyrządy chirurgiczne: *a*) przyrząd ortopedyczny Hessinga do leczenia zapaleń stawu kolanowego, *b*) przyrządy tegoż fabrykanta do ustalania zranionych kończyn dolnych na polu bitwy *(Kriegsapparate)*, *c*) piłkę w postaci nakarbowanego drutu stalowego, podaną przez Gigliego, *d*) piłę Helfericha, *e*) zasówki hemostatyczne, zmodyfikowane według dawnych wzorów i wprowadzone w użycie przez Dra Kozłowskiego.

XVII. Prof. **Rydygier**: *O leczeniu gruźlicy stawów.* Wyniki wykładu swego streszcza mówca w sposób następujący: (Sprawozdanie własne).

1) Leczenia zachowawczego nie należy uważać za postępowanie współzawodniczące z leczeniem operacyjnem, przeciwnie jedno uzupełnia drugie.

2) Które postępowanie w danym przypadku wybrać, zależy to od stanowiska socyalnego chorego, od jego wieku, od ogólnego stanu jego zdrowia, od zmian miejscowych i od tego, jaki staw jest zajęty.

3) Skoro mamy wybitne zropienie stawu dążące do postępowania i zniszczenia całego stawu, należy przystąpić do operacyi.

4) Im doskonalsze mamy środki leczenia konserwatywnego, tem więcej ograniczyć możemy operacye.

5) Najlepszy sposób leczenia konserwatywnego jest taki, który pozwala choremu na używanie świeżego powietrza i ruchu, nie narażając jednocześnie stawu na podrażnienie.

6) Najlepszy sposób leczenia operacyjnego jest taki, który najdokładniej dozwala wydalić części chorobowo zmienione, bez zbytnich względów na późniejszą czynność stawu, w niektórych stawach zaleca się wprost zupełne zniesienie stawu.

7) Zbyt późne oddawanie do operacyi przypadków gruźlicy stawów polepsza wprawdzie statystykę leczenia konserwatywnego, nie wychodzi jednak na korzyść chorym; tak samo, jak zawczesne operowanie niepotrzebnie nieraz kaleczy. Wybrać na jedno i drugie odpowiedni czas, to właśnie szczytne zadanie myślącego i doświadczonego chirurga; szablonu tu być nie może.

8) Dzielną pomocą leczenia miejscowego jest leczenie ogólne, mianowicie pobyt nad morzem lub w odpowiednich kąpielach.

(Dokończenie nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 11. Kwietnia 1895 r.

— Od redakcyi. Jak nam donoszą, utrzymuje się w niektórych kołach Czytelników naszego pisma mniemanie, iż porządek artykułów oryginalnych w *Przeglądzie lekarskim* jest wyrazem uznania stopnia ich wartości naukowej przez redakcyą. Otóż pospieszamy zapewnić, iż zdanie to jest mylne. Od chwili przyjęcia do druku nie robimy między artykułami żadnej różnicy a kolej, jakiej trzymamy się w umieszczaniu artykułów oryginalnych, zależy częścią od tego, czy artykuł ukazuje się poraz pierwszy, czy pochodzi od współpracownika miejscowego czy zamiejscowego, częścią od ważnych względów typograficznych, których pismo wychodzące w jednej z najstarszych w Polsce drukarni (niegdyś Piotrkowczyków z 16. wieku) i w mieście znanem od dawna z rozwoju sztuki drukarskiej, nie może w żaden sposób pomijać bez uchybienia tradycyi.

— M. Kirchner badał bakteryologicznie pył z podłogi, mebli i innych przedmiotów znajdujących się w salach zajętych przez suchotników, których plwociny zbierano starannie do osobnych naczyń, następnie wyjaławianych. Do zbierania w celu badania używano małych gąbek również wyjałowionych. Na 42 świnek szczepionych pyłem w ten sposób uzyskanym zginęła z gruźlicy tylko jedna i to szczepiona pyłem zebranym z nocnego stolika suchotnika ciężko chorego.

Spostrzeżenia te dowodzą, iż staranne zbieranie i desinfekcyonowanie plwocin suchotników zapobiega rozwlekaniu zarodków a tem samem i szerzeniu się choroby. Można więc pozwolić przebywać osobom zdrowym w towarzystwie suchotników, byleby plwociny w wiadomy sposób czyniono nieszkodliwemi.

— Z początkiem roku 1894. było w 25 kantonach szwajcarskich 1692 lekarzy czyli jeden lekarz jest na 1761 mieszkańców. Dwa razy więcej przypada lekarzy w kantonie genewskim (1 na 887) i w kantonie mieście Bazylei (1 na 984). Najmniejszy stosunek jest w kantonie fryburskim (1 na 3581).

— W Norwegii postanowiono zająć się statystyką narkoz od 1. Lutego 1894. do 1. Marca 1895 r. Ma ona obejmować wszelkie rodzaje narkoz.

— W Wiedniu powstało austryackie towarzystwo otologiczne pod przewodnictwem znanego otyatry, prof. J. Grubera.

— W roku 1894. przewiozły miejskie ambulanse w Londynie 29688 chorych i przebyły w tym czasie 201091 mil (angielskich). Prócz tego przewiozły statki ambulansowe 1101 chorych i przebyły 21785 mil. Ogólny koszt przebycia końmi mili angielskiej wyniósł około 2 franków.

— Żywym dowodem wiary w skuteczność pomocy lekarskiej jest wieśniak z gubernii tobolskiej na Syberyi, który w ciągu 6 miesięcy zrobił piechotą bez przewodnika 3000 kilometrów w celu dostania się do Petersburga i zasięgnięcia porady u jednego z tamtejszych okulistów.

— Najwyżej z pomiędzy wszystkich aeronautów wzniósł się dotychczas w dniu 4. Grudnia roku zeszłego Dr. Berson w Stassfurcie. W $1^1/_2$ godziny po puszczeniu się w powietrze dosięgnął wysokości 6000 metrów i temperatury 29° poniżej zera. Od tej chwili musiał dla pokonania bezdechu z przyczyny rozrzedzenia powietrza wciągać w siebie tlen i to tem więcej, im wyżej się wznosił, gdyż w przeciwnym razie doznawał gwałtownych zawrotów. Doszedł do wysokości 9150 metrów i temperatury — 54°, poczem rozpoczął spuszczać się na dół. Niejaki Glaisher wzniósł się wprawdzie w r. 1862. prawdopodobnie do

wysokości większej niż 10000 metrów, lecz już w wysokości 8500 metrów stracił przytomność.

— Zakład dla chorych umysłowych w Nanterre pod Paryżem zasługuje słusznie według wyrażenia się zmarłego profesora Petera na nazwę fabryki epidemij; w roku 1892. panowała w nim cholera, w roku następnym dur brzuszny, w roku bieżącym zaś ukazała się w 50 dotychczas przypadkach choroba mająca znamiona rojnicy (*ergotismus*), według innych zaś tężyczki (*tetania*) do zbadania której powołano osobnych znawców.

— **Nekrologia.** W ciągu ostatnich 3 miesięcy złowrogi dur osutkowy z grona lekarskiego 4-tą już porywa ofiarę. Społeczeństwu naszemu tak potrzebującemu ludzi dzielnych i pełnych poświęcenia choroba ta zabiera tęgiego lekarza praktycznego, prawdziwego dobroczyńcę ludności fabrycznej rozsiedlonej w okolicy Winnik pod Lwowem. Ś. p. Dr. **Kazimierz Sobolewski**, wychowaniec Uniwersytetu Jagiellońskiego, po 8-letnich. gruntownych studyach w szpitalach krajowych i zagranicznych przyjął przed 8 laty skromną posadę lekarza fabryki tytoniu w Winnikach i tu wkrótce dla niepospolitych zalet charakteru i znakomitych zdolności lekarskich stał się ulubieńcem sfer inteligentnych i zamożnych a bożyszczem ludu wiejskiego i zastępów robotniczych. Delegowany przez Starostwo lwowskie do tłumienia duru osutkowego, który na krańcach powiatu wystąpił w 2 miejscowościach epidemicznie, uległ tej ciężkiej chorobie w dniu krytycznym, pomimo młodego wieku (lat 37) i najstaranniejszych zabiegów Kolegów lekarzy, którzy starali się wszelkiemi siłami, choć napróżno, ocalić to życie tak potrzebne dla społeczeństwa. W Niedzielę dnia 7. Kwietnia r. b. grono lekarzy lwowskich i tłumy ciężko strapionej ludności odprowadziły do grobu zwłoki ukochanego lekarza a Dr. Ziembicki, imieniem Towarzystwa lekarskiego, Dr. Obtułowicz zaś imieniem powiatu rzewnemi słowy pożegnali Zmarłego u stóp świeżo usypanej mogiły. Cześć zacnemu druhowi! *Sit ei terra levis!* *Dr. Obtułowicz*

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 14-tym. M. Zweigbaum: O torbielach pochwy. N. Steber: Przyczynek do kwestyi o jadzie rybim. *Bacillus piscicidus agilis*, pasożyt chorobotwórczy dla ryb (ciąg dalszy). A. Chełmoński: Badania kliniczne nad wpływem wyciągu gnilnego na przebieg niektórych chorób zakaźnych (dokończenie). W *Kronice lekarskiej*, Zeszycie za Marzec. Wł. Kopytowski: Jak często u prostytutek uznanych za zdrowe, trafiają się gonokoki i inne bakterye w wydzielinie szyjki macicznej. Jan Sędziak: Przyczynek do leczenia gruźlicy płuc za pomocą podgłośniowych (intratrachealnych) wstrzykiwań płynów antyseptycznych (dokończenie). Wł. Staniszewski: Przypadek wrodzonego, ograniczonego zwężenia pochwy. W. Dąbrowski: Prof. Behring. Choroby zakaźne w świetle nowoczesnych badań. W *Medycynie* Nrze 14 tym: S. Goldflam: O porażeniach rodzinnych napadowych (ciąg dalszy). A. Żurakowski: Łatwy sposób przygotowywania hodowli płytkowych w postaci preparatów stałych. W *Zdrowiu*, Zeszycie za Marzec. S. Sterling: Przyczynek do bakteryologii mleka. S. Radziszewski: Nieco o pomocy lekarskiej na wsi.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 17-go Kwietnia b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem mówić będą: 1) kol. Gabryszewski: *W sprawie leczenia wrzodów goleniowych* (z demonstracyą). 2) kol. doc. Beck: *O powstawaniu urobiliny* (z demonstracyą). 3) kol. prof. Bujwid: *Wyniki badania wody gruntowej okolic Krakowa, wykonanych w roku zeszłym przez podkomisye wodociągową.*

Do PP. Lekarzy zdrojowych.

Administracya uprasza najuprzejmiej PP. Lekarzy zdrojowych, którzy pragną umieścić ogłoszenie w *Przeglądzie Lekarskim*, ażeby zechcieli w celu oszczędzenia trudu i Sobie i Administracyi uiszczać należytość odrazu przy zamawianiu (najlepiej przekazem pocztowym). Należytość za ogłoszenie (wielkości niniejszej odezwy) wynosi 80 ct.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

Przy Przemyskim szpitalu powszechnym opróżnioną została posada sekundaryusza z płacą roczną w ilości 400 złr.

Kandydaci do tej posady muszą oprócz dostatecznej fizycznej zdatności wykazać następujące warunki:

1) obywatelstwo austryackie,

2) stopień doktora wszech nauk lekarskich uzyskany na jednym z uniwersytetów austryackich,

3) dokładną znajomość języków krajowych,

4) nieskazitelny charakter, tudzież wiek nieprzekraczający 40 lat.

5) opis dotychczasowej praktyki.

Podania co do powyższych wymogów należycie udokumentowane wnosić należy do Prezydyum Magistratu do końca Kwietnia 1895.

Magistrat król. woln. miasta. 79—1—1

Przemyśl, dnia 30 Marca 1895.

Dworski.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.